Министерство образования Российской федерации
Новосибирский государственный педагогический университет
Новосибирская Медицинская Академия
Международная академия наук педагогического образования

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева

ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХИАТРИЯ

Новосибирск 2003

УДК 152.3.(075.8)+152.9 (075.8)
ББК 88.373.Я-13-1.
О-754

Печатается по разрешению редакционно-издательского совета

О-754 **Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.**
Психоанализ и психиатрия: Монография. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2003.- 600? с.

ISBN 5-85921-387-5

Предлагаемая вниманию читателей книга – первое руководство по взаимосвязи психоанализа и психиатрии. Авторы рассматривают психоанализ, психиатрию и психотерапию, как с биологических, так и с психологических и социальных позиций. В книге излагаются современные данные по различным аспектам психоанализа, анализируются психологические механизмы, участвующие в становлении и развитии ряда психических нарушений.

Современный человек, находящийся под влиянием постоянных стрессовых ситуаций, вынужден ориентироваться только на себя, на свои внутренние возможности. Книга необходима не только для усовершенствования знаний в области психоанализа и психиатрии, но и для сомопознания любого человека. Авторы полагают, что книга окажет каждодневную помощь в самоанализе своих сильных и слабых сторон, правильности принятия решений, раскрытии внутреннего потенциала, избавлении от комплексов, препятствующих самореализации и искусственно ограничивающих чувство внутренней свободы.

ISBN 5-85921-387-5 УДК 152.3.(075.8)+152.9 (075.8)
ББК 88.373.Я-13-1.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая вниманию читателей книга «Психоанализ и психиатрия» является попыткой расширить понимание механизмов возникновения, развития, течения психических расстройств посредством использования теории и практики современного психоанализа. В книге излагаются основные положения не только классического психоанализа, но и направлений, возникших или получивших развитие в постфрейдовский период. Акцентуируется перспективность выхода за герменевтические рамки подходов, концепций и данных других школ. Такая методология может способствовать постепенному преодолению ортодоксального мышления в психоанализе, принципу приверженности «единственно правильной теории». Уход от ортодоксии приобретает, очевидно, усиливающееся значение, по мере приближения психоанализа непосредственно к клинике, особенно в области коррекции и терапии психических расстройств.

История психоанализа при жизни Freud'a складывалась таким образом, что всякие отклонения от концепции автора рассматривались как необоснованные, деструктивные и несовместимые с основной теорией. Представители этих направлений подвергались критике с идеологических позиций, исключались из психоаналитического общества. Положения учения Freud'a получили дальнейшее развитие и сформировались в самостоятельные: например, такие, как аналитическая психология Jung'a, индивидуальная психология Adler'a. Приверженные классическому психоанализу психологи, как правило, не проявляли серьезного интереса к этим исследованиям, обычно просто игнорируя их существование. Подобная ситуация оказалась характерной и для других, в том числе возникших после Freud'a направлений, остающихся, в основном, в границах классической схемы, но по-другому интерпретирующих ее отдельные положения: фазы детского эротизма, Эдипальный комплекс, содержание сновидений и др. Позднее возникли новые направления: теория Klein, теория основной недостаточности M.Balint'a, теория объектных отношений, Британская школа психоанализа, психоанализ Lacan'a, коммуникативный психоанализ Langs'a и др. Специалисты, работающие в рамках перечисленных подходов, внесли, несомненно, большой вклад в развитие психоанализа как психодинамической теории. К сожалению, тенденция к жесткой демаркации между отдельными направлениями объективно приводит к тому, что приверженцы одного из них лишают себя возможности творчески использовать в своей практике подходы, успешно реализуемые в русле других психоаналитических школ.

Если между отдельными направлениями в психоанализе все-таки существуют, хотя и недостаточно представленные интегративные тенденции, то отношения между психоанализом и психиатрией можно рассматривать, применяя в качестве ключевого слова *отчуждение.* Классическая психиатрия, функционирующая исключительно в области биомедицинской парадигмы, естественно, по своему статусу всегда исключала какую-либо возможность применения психоаналитических подходов. Более того, ортодоксальные психиатры, обосновывая свое негативное отношение к психологии вообще, использовали психоанализ в качестве маркера, объединяющего все «чуждые» клинической психиатрии психологические направления. Тотальное неприятие психоанализа в меньшей степени присуще исторически более новым разделам психиатрии, использующим культуральную, психологическую, социальную парадигмы. Так, например, в литературе по транскультуральной психиатрии приводятся данные об особенностях психоаналитической терапии в различных регионах мира. Краткие сведения о психоаналитических теориях и практиках включены в ряд современных зарубежных учебных руководств по психиатрии. Психоаналитическая терминология применяется как

одно из возможных объяснений механизмов некоторых психических нарушений (конверсионные расстройства, нарушения идентичности и др.).

Российскую психиатрию отличает дополнительная специфика, связанная с продолжающимся значительным влиянием ментальности психиатров, индоктринированных в соответствии с канонами психиатрии бывшего СССР, характеризующимися антипсихологической ориентацией. Программы высшего медицинского образования в области психиатрии, медицинской и клинической психологии, повышения квалификации не включают ни классический, ни современный психоанализ. Большинство психологов и психотерапевтов, работающих в психиатрических больницах и диспансерах и не получивших соответствующего образования, также недостаточно информированы в области психоанализа. Открытие в последнее десятилетие нескольких институтов психоанализа является хорошей новостью, но диапазон и сила их влияния недостаточны для изменения ситуации.

Существует и другая сторона вопроса, касающаяся взаимоотношений между психоанализом и психиатрией. У практикующих психоаналитиков имеет место синдром недоверия, как к амбулаторной, так и стационарной психиатрии. Недоверие основано не только на предубеждении, но, к сожалению, и на реальной ситуации, включающей в себя ряд негативных компонентов: стигматизация (наклеивание ярлыка психического заболевания), преобладающая практика отношений в системе медицинский персонал-пациент, различные административно - правовые ограничения, условия в психиатрических больницах и др. Отсутствие контакта между аналитиками и психиатрами, особенно в условиях недостаточных знаний и диагностических навыков для установления аналитиками ранних признаков развития нарушений психотического уровня может приводить к таким последствиям, как совершение социально опасных актов, самоубийств, прогредиентному ухудшению психического состояния.

Проблема психического здоровья популяции не может быть успешно решена с использованием только биомедицинских подходов. Эффективная профилактика, коррекция и терапия предполагает максимально возможную интегральность, объединение психосоциальных, биомедицинских, образовательных, религиозных, экономических, юридических, культуральных подходов. Современный психоанализ с его опытом понимания причин внутренних и межличностных конфликтов, механизмов развития психоэмоционального напряжения, психологических защитных механизмов и способов коррекции имеет шанс реально присутствовать в этой комплексной структуре.

Книга построена таким образом, что, с одной стороны, содержит информацию об основных направлениях современного психоанализа, с другой – данные о клинике психических расстройств. Внимание акцентуируется внимание на психических расстройствах непсихотического уровня, наиболее часто встречающихся в обществе. Пациенты этих групп преобладают в психоаналитической практике.

Читателю предоставляется возможность ознакомиться с современной ситуацией по рассматриваемым вопросам, получить информацию, которая может оказаться полезной для формирования новых точек зрения, критического отношения к устоявшимся взглядам.

Тем не менее, информационная функция книги не является единственной; преследуется цель «наведения мостов» между психоанализом, психиатрией и психологией для продуктивного диалога между представителями этих специальностей.

В перспективе продвижение по этому пути в условиях демократического общества должно способствовать постепенному становлению гуманистической психиатрии, ориентированной на личность, уважение и соблюдение прав человека.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОАНАЛИЗА

В психоанализе выделяют два основных раздела, включающих теорию психоанализа и психоаналитическую коррекцию. Эти разделы достаточно тесно связаны друг с другом, так как проведение коррекционных мероприятий невозможно без учета определенных теоретических предпосылок. В то же время в определенной степени они существуют отдельно друг от друга потому, что, то, что наработано теоретиками психоанализа, не всегда находит прямое применение в практике. Во многом эта дивергенция связана с тем, что в теории психоанализа в течение достаточно длительного времени происходили изменения, которые не воспринимались практиками. Теория нарабатывала свои подходы, а практика – свои. На вопрос, заданный психоаналитику относительно того, каким образом все, что он делает соотносится с теорией, он обычно отвечает, что соотносится «в общих чертах». Психоаналитическая коррекция, проводимая в настоящее время, представляет во многом самостоятельную «ветвь» психоанализа, которая, с одной стороны, в рамках некоторых своих направлений достаточно далека от классических теоретических предпосылок, с другой, - ее практика накопила материал, на основании которого представляется возможным развивать новые теоретические направления.

Психоанализ принято связывать с именем Freud'а, но в этой области работала плеяда и других значимых специалистов, которые не только развивали ортодоксальный психоанализ, но и предлагали свои теории. Сделанные ими наработки при жизни Freud'а особенно не афишировались во избежание возникновения конфликтов.

Существуют разные определения теории психоанализа. В понимании Freud'а *психоанализ* – это, во-первых, «название процедуры исследования процессов, которые почти не достигаемы никаким другим способом», во-вторых, «название метода (основанного на таком исследовании) лечения невротических нарушений», и, в-третьих, «сумма психологической информации, полученная таким путем и постепенно собираемая в новую научную дисциплину» (Freud, 1923).

Американский психоаналитик Brenner (1955) определяет теорию психоанализа как систему гипотез о способе функционирования и развития человеческой психики. Современный психоанализ представляет собой существенную часть общей психологии, причем эта часть имеет отношение к разным ее разделам. Психоаналитическая теория имеет непосредственное отношение не только к нормальным, присущим здоровому человеку психическим процессам, но и к патологическому развитию и функционированию психики в рамках различных болезненных ее проявлений. Разнообразные гипотезы, которые предлагают теории психоанализа, тесно взаимосвязаны друг с другом. Одна часть этих гипотез сама по себе имеет фундаментальное значение, другая - является прямым следствием тех или иных теоретических концепций.

В основу психоанализа заложены следующие положения:

1. Принцип психического детерминизма - принцип причинности. Согласно этому принципу все, что происходит в психической жизни человека, носит не случайный характер, а обусловлено какими-то причинами, несмотря на то, что, на первый взгляд, может создаваться впечатление, что какое-то чувство, сформировавшееся отношение к чему-то, какая-то активность носят случайный характер.

Положение, что «не следует ничего усложнять» и не надо пытаться найти нечто, стоящее за событием, неправильно, несмотря на то, что и люди, являющиеся непосредственными участниками тех или иных событий, часто относятся к ним как к случайным, не имеющим сколько-нибудь определенных причин.

В психике ничто не возникает самопроизвольно или случайно, каждое событие детерминировано тем, что происходило ранее, даже в тех случаях, когда такая связь не осознается. Поэтому содержания психической деятельности имеют определенный смысл. В процессе психоаналитической терапии решаются вопросы о причинах, содержаниях и формах психических процессов. Психоаналитическая практика исходит из убеждения о возможности нахождения правильных ответов при применении адекватных подходов и техник.

2.Сознание является скорее случайным, чем закономерным атрибутом психических процессов.

Согласно психоаналитической теории, бессознательное имеет большое значение, как при нормальном, так и патологическом психическом функционировании.

Бессознательные феномены можно разделить на две группы:

а) Мысли, воспоминания, переживания, которые без каких-либо специальных усилий становятся осознанными при переключении на них внимания. Эта часть бессознательного относится к пресознанию.

б) Собственно бессознательное, в котором находятся содержания, которые могут быть «переведены» в сознание только при применении специальных психоаналитических методов, в связи с тем, что эти психические содержания связаны с неприятными эмоциями и были репрессированы (вытеснены) из сознания.

В современном психоанализе используется условное деление психики на несколько основных частей:

1. бодрствующее сознание;
2. сновидения;
3. сон, который протекает без сновидений.

Уровень *бодрствующего сознания* доминируется ego или центром поля осознания потому, что ego включает ощущения себя, своего тела, осознание мышления, воображения и чувств. Ego создает ощущение личностных границ и сепаратности (отделения) от других и от мира в целом, выделение себя из этого мира. Ego - сознание может фокусироваться на внешних событиях, на каких-то людях, отдельном человеке, но может иметь и внутреннюю проекцию. Ego служит практическим целям, обеспечивая адекватное реальности поведение.

Сновидения представляют активность бессознательных процессов. С одной стороны, речь идет о сновидениях, которые входят в содержательную структуру парадоксального сна, но, в то же время, нечто подобное сновидениям может возникать и в бодрствующем состоянии, при погружении в различные воспоминания, фантазии, яркие представления. Такие состояния называют day- dreams - сны наяву.

Реальность сновидений, которые возникают во время сна и снов наяву отличается от обычного бодрствующего сознания, она пользуется своим собственным «языком». И в сновидениях, и снах наяву проявляется бессознательное, которое пенетрирует сознание. Исследования сновидений и снов наяву имеют непосредственное отношение к анализу содержания и механизмов бессознательных процессов.

Ego является точкой отсчета, которая соотносится как с бодрствующим состоянием –с внешним миром, так и со сновидением, с активностями и событиями, происходящими в бессознательном. Иногда во время сновидения появляется осознание того, что возникшие переживания происходят во сне. В таком состоянии бессознательные процессы наиболее близки к сознанию. Человек как бы наблюдает свои бессознательные процессы, «подсматривает» за ними.

Состояние *сна, протекающего без сновидений*, как бы лишено содержаний. Последние могут присутствовать, но они вытеснены и стерты. В состоянии «белого пятна» не возникают четкие имиджи, но, тем не менее, что-то происходит в психике. Может быть, в это время имеет место энергетическое восстановление. Часть этого состояния характерна для классического сна, при условии достаточной его глубины.

Таким образом, эти состояния являются составляющими психики. Нарушение баланса между ними вызывает чувство психологического дискомфорта. Если человек пользуется в своей жизни исключительно сознательной сферой и игнорирует бессознательное, психологический дискомфорт усиливается. Чувство разъединенности выражается в нарастающей неудовлетворенности собой, содержание которой полностью не осознается.

Пациенты отмечают, что все выглядит как–то не так, чего-то не хватает, предъявляют жалобы на скуку, исчезновение смысла жизни, ощущение психологического вакуума, пустоты.

Чрезмерная загруженность деятельностью рутинного характера, выполнение однообразной работы, необходимость усвоения большого количества информации без возможности ее осмысления могут приводить к блокировке каналов связи с бессознательной частью психики. Такое нарушение связи сознания с подсознанием приводит к подавлению творческого процесса (креативности) и вызывает появление ряда психических нарушений непсихотического уровня. К ним, прежде всего, относятся: раздражительность, вспыльчивость, нарушение концентрации внимания, гиперсенситивность, конфликтность, вспышки злобы, ярости, нетерпимость. Возникает стремление выйти из сферы гиперстимуляции информативного уровня, побыть наедине с собой, иметь возможность в спокойной обстановке отвлечься от ситуации, «прислушаться к себе», найти новые мотивации и решения.

Для понимания особенностей психики необходимы исследования её «эффектов», того, что «дает», «излучает» психика. Психическое состояние человека исследуется на основании изучения продуктов его творчества, искусства, фольклора, рисунков, архитектуры, скульптуры, его философии, взглядов на мир, различного рода традиций. В связи с этим все большее значение придается творчеству, поскольку именно в продуктах творчества человек отражает свои психологические проблемы.

Содержание импульсов, идущих из бессознательного в психику, требует внимательного изучения. Особое значение имеет исследование влияния бессознательного на основные психические функции: мышление, эмоции, чувства, ощущения и интуицию. Люди по-разному используют эти психологические функции в своей жизни. Некоторые эксплуатируют в основном мыслительную функцию и воспринимают мир как систему логических последовательностей, стараясь найти формулы, которые могли бы объяснить происходящее. Другие фиксируют внимание на своих ощущениях, стараются получить максимум впечатлений от текущего момента. Кто-то фиксирует внимание на эмоциональной оценке события, а кто-то ориентируется преимущественно на интуитивном восприятии мира. В случае длительного одностороннего использования только одного психологического инструмента и игнорирования других функций (например, человек живет эмоциями, забывая о логическом мышлении и, наоборот) возникает психологический дискомфорт.

Для того, чтобы предотвращать нежелательные неконтролируемые всплески бессознательных импульсов, важно идентифицировать влияние бессознательного. Ранняя самодиагностика, распознавание самим человеком и идентификация признаков влияния бессознательного имеет чрезвычайно важное значение.

Примером одного из вариантов служит идентификация влияния бессознательного как сигнала необходимости личностной трансформации (необходимость собственных изменений), в результате которой человек принимает решение остановиться, задуматься, что-то изменить в своей жизни для того, чтобы восполнить то, на что раньше не обращалось внимания.

С этой целью рекомендуется бросить ретроспективный взгляд на увлечения и интересы более ранних, даже детских периодов жизни, вспомнить свои желания и потребности, которые не удалось реализовать. Таким образом, происходит возврат к

прежним психическим состояниям, но уже на новом уровне. Имеет большое значение и стимулирование творческой активности.

Если опыт подсказывает, что определенный признак активности бессознательного провоцирует психическое нарушение, об этом полезно знать для того, чтобы во время обратиться к специалисту. К сожалению, осознание приближающейся волны приходит редко. Если же это происходит и человеку удается самодиагностировать наличие первых симптомов расстройства, дальнейшее развитие нарушения можно предотвратить.

СТРУКТУРИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Классический психоанализ структурирует психическую деятельность с выделением в ней трех сфер: **id, ego и superego**.

В современном психоанализе это деление носит более дифференцированный характер. В психической деятельности, в частности, иногда выделяются:

1. сфера *оригинального ego*, которое формируется в преэдипальном периоде (возраст от 2 до 4 лет);
2. сфера *идеального ego*, которое формируется во время становления и вытеснения Эдипального комплекса;
3. сфера *subego,* которая является мостом, соединяющим оригинальное ego и сферу id. Эти сферы отражают друг друга как в зеркале. *Subego* выполняет функцию связующего звена между бессознательным и сознательным.

Некоторые классические психоаналитики, вслед за Freud'ом, выделяют в бессознательном сферу *пресознания*. Пресознание содержит имиджи и чувства, которые могут легко перейти в сферу сознания и мигрировать между сознанием и бессознательным. Каждый человек в данный момент времени что-то осознает и о чем - то не думает. Всегда существуют вещи, не присутствующие в сознании. Тем не менее, эти материалы можно перевести в сознание вместо ранее находившихся в нем. Например, мысли о том, что нужно что-то купить или с кем - то встретиться, можно тут же забыть, переключившись на воспоминания о недавно случившемся событии. Те материалы, которые находятся вне осознания, представляют содержание пресознания.

В пресознании находится все то, что легко переходит в сознание посредством переключения внимания. Это сделать не трудно, поскольку данная активность осуществляется без внутреннего сопротивления. Здесь нет барьера, который препятствует переходу этих материалов в сознание.

Со сферой **subego,** на которую стали обращать внимание сравнительно недавно, связаны состояния, во время которых человек отвлекается от окружающих его явлений и событий и фиксируется на своих внутренних процессах. Ситуация, в которой человек находится в рамках функционирования subego носит безвременной характер и приближается к состоянию, которое индийские философы называют «вечным сейчас».

Пребывание в состоянии subego, позволяет человеку избежать мышления в рамках каких-то конкретных образов. Такое состояние, с одной стороны, тесно связано с личностными мотивациями, а с другой, - во многом носит трансцедентальный характер, обеспечивающий выход за пределы собственного Я. Поэтому это состояние иногда называют спиритуальным. Таким образом, subego обеспечивает способность фиксироваться на внутренних процессах: на воображении, на мечтах и пр. Все, что происходит в этой сфере, содержит в себе безвременный момент, в котором время теряет свою прежнюю категорию. Человек пребывает вне времени. Чем больше он движется по направлению к id, тем больше он отрывается от реальности, приближаясь к тому, что Sullivan называл «океаническим чувством».

Наличие связи между ego и бессознательным – важный компонент здоровой психики.

Существует возможность возникновения состояний, когда эта связь нарушается или блокируется. Человек становится менее «живым», теряются ощущение жизни, оживленность, спонтанность, способность «заражать» других своим настроением, сопереживать, проявлять креативность.

Канал связи между ego и бессознательным должен функционировать и не блокироваться.

Современное общество навязывает человеку необходимость вести себя в соответствии с рамками определенного ролевого поведения, для которого характерно отрицание эмоций. Чрезмерное ролевое поведение способствует блокированию бессознательного и изменяет человека, делая его роботообразным. Социально - ролевая маска в таких случаях «съедает» личность, продуцируя «человека без свойств».

В случае противоположного развития событий, когда поток материалов из бессознательного слишком силен, возможны последствия в виде нарушения правил поведения, принятых норм, опасных, импульсивных действий, совершаемых под влиянием возникшего импульса.

Id и зоны бессознательного

В сфере id находится то, что называют инстинктами. Тем не менее, поскольку инстинкты быстро приобретают психологическое содержание, усложняющееся по мере взросления человека, правильнее говорить не об инстинктах, а о драйвах. *Разница между инстинктом и драйвом* заключается в том, что драйв, в основе которого лежит инстинкт, имеет достаточно сложное психологическое содержание.

Id представляет инстинктуальный полюс личности. Содержания id являются выражением инстинктов, они бессознательны. Часть содержаний id наследственна, часть-приобретена и состоит из репрессированного материала.

Смешивание «генетического» id с его частью, связанной с репрессией, подчеркивает прямое воздействие на id средовых факторов. Репрессированные из ego материалы смешиваются с id и становятся его частью, тесно связанной с ego.

Термин «id» был введен Freud'ом для обозначения части психической структуры, содержащей драйвы, импульсы, фантазии, «мышление по желанию». Id функционирует по принципу получения немедленной гратификации (удовлетворения желания), получения удовольствия. В когнитивном плане id находит свое выражение в имиджах, символических образах. Id «не мыслит» словами. McWilliams (1994) отмечает его «превербальный» характер и «прелогическую» форму. В id отсутствует категория времени. В нем нет каких-либо ограничений. Противоположности сосуществуют без противоречия. Freud обозначил этот примитивный тип когниции первичным процессом мышления. В отличие от ego, id полностью бессознательно.

С точки зрения психоанализа, в бессознательном находятся, с одной стороны, драйвы, а, с другой – различного рода запретные желания, мысли и чувства, которые не согласуются с ego и superego и вытесняются в бессознательное. Эти вытесненные компоненты, в отличие от материалов, которые находятся в пресознании, не могут так же легко осознаваться и прорваться в сознание потому, что встречают на этом пути сопротивление.

Концепция психоанализа постулирует, что неприятные и запретные материалы, вытесненные в бессознательное, не исчезают, а накапливаются и остаются в бессознательной сфере. Психические процессы, происходящие в бессознательном, оказывают прессинг на сознание. Это давление на ego провоцирует возникновение психоэмоционального напряжения. При этом человек не может понять, что с ним

происходит, почему ему плохо, чем вызван психический дискомфорт, почему окружающие его раздражают. Происходящее связано с накопившимся и не находящим разрядки содержанием представлений, чувств, желаний, конфликтов, унижений, которые не осознаются, но, тем не менее, оказывают на человека деструктивное воздействие.

Бессознательное содержит не только забытый, вытесненный, или подавленный материал, но и то, что воспринимается *сублиминально* – не замечая этого. Процесс восприятия, проходящий для человека незаметно, хорошо отслеживается на примере сновидений. Иногда человек в сновидениях видит то, что недавно воспринял, но не обратил на это внимания. Это связано с эффектом сублиминального восприятия.

Было бы неправильным рассматривать энергетику id только как отрицательный фактор. Она имеет и положительное значение. Человек рождается с id, которое является источником энергии созидания и развития ego. Ego развивается из энергетики id, являющейся постоянной силой, которая присутствует в ego.

При ослаблении влияния id на ego снижаются мотивация и интерес к жизни. Индивидуум становится апатичным, вялым, скучным, безвольным, пассивным, лишается воображения, ощущает себя в психологическом вакууме. Человек как бы лишается внутренней жизни. Он может правильно говорить, разумно рассуждать, изрекать какие-то истины, но это никому не интересно и не вызывает сопереживания. В таком состоянии практически исчезает или резко ограничивается способность к творчеству.

В общем, возможны *два варианта взаимодействия между id и ego*. В одном из них энергетика, идущая из id на ego, прорывается, захватывает ego, действует разрушающе, преобладает над вторичным процессом и проявляется в виде психических нарушений, в частности, в виде кратковременного психического расстройства, которое, как правило, обратимо.

Во втором варианте происходит блокировка связи между бессознательной и сознательной сферами и ego лишается энергетической «подпитки». Возникают апатия и абулия.

Графическая модель бессознательного, включая пресознание, напоминает «многослойный пирог». Более поверхностный слой – это то, что мы забыли и можем легко вспомнить. Например, в данный конкретный промежуток времени человек не думает о каком-то событии, но с помощью ассоциаций может легко вспомнить о нём. В следующем слое находится то, что было забыто по причине давности происходящего, например, события детского периода жизни, которые вспомнить труднее. Далее – слой, содержащий травмирующие психику материалы, репрессированные из ego.

В бессознательной сфере выделяют индивидуальное и коллективное бессознательное.

Индивидуальное бессознательное имеет различное содержание у каждого человека, зависящее от особенностей воспитания, наличия психической травматизации, жизненного опыта и т.д.

Содержания индивидуального бессознательного могут быть «переведены» в сознание. Психоаналитические техники создают для такого перевода наиболее благоприятные условия.

Коллективное бессознательное, согласно Jung'у, является более глубинным слоем; оно не имеет индивидуального содержания и в этом смысле является основой, объединяющей людей. Коллективное бессознательное, в отличие от индивидуального, не может быть осознано, его содержания, в случае прорыва в сознание, разрушают, дезинтегрируют психику. Коллективное бессознательное оказывает на психическую деятельность постоянное сильное, хотя и неосознаваемое, влияние. Мышление, эмоционально – волевые, мотивационные процессы имеют тенденцию «выстраиваться» в соответствии с матрицами (архетипами) коллективного бессознательного.

Hillman (1976), развивая Юнговскую концепцию, отмечает, что в глубинном (коллективном) бессознательном содержатся матрицы, рисунки и узоры как компоненты

неизвестной психической структуры, которая не имеет определенного содержания, но настраивает человека на то, чтобы он думал, представлял и чувствовал именно так, а не по-другому. Этих алгоритмов, с точки зрения автора, очень много. Создание словаря таких алгоритмов позволит заранее прогнозировать реакцию человека на определенные ситуации. Чтобы разобраться в предрасположенностях к определенным вариантам поведения, полезно обратиться к таким первоисточникам, как фольклор, мифы, легенды, сказки, содержания которых базируются на содержащихся в глубинном бессознательном образцах.

Исследователь сказок Bettelheim (1989) отмечал, что сказка - это не только поверхностно воспринимаемое содержание, а некая истинная сущность, которая скрывается за этим содержанием. Настоящая сказка создаётся на основе тех алгоритмов, которые находятся в глубинном бессознательном. Только при этом условии, передаваясь из уст в уста, переходя от поколения к поколению, она продолжает оказывать воздействие. Придуманная искусственно сказка либо не действует вообще, либо действует вторично. Аналогичное утверждение автор распространяет на былины, легенды и эпосы. Их герои – не случайно подобранные лица, они отражают функционирование глубинного бессознательного, с чем связано их очень сильное воздействие.

Кто-то в большей, а кто-то в меньшей степени «фиксирован» на глубинном бессознательном. Еще Jung обращал внимание на то, что более экстравертированные люди испытывают на себе меньшее влияние коллективного бессознательного, чем интровертированные. Глубинные слои бессознательного опосредованно связаны с ego-сознанием различными мифическими и поэтическими произведениями, сконструированными в соответствии с архетипными матрицами. Эти произведения отражают не индивидуальное становление человека, а развитие истории человечества в целом.

Глубинные слои бессознательного индифферентны по отношению к эгоцентрическим заботам и прагматическим целям, они воздействуют сами по себе, поэтому их иногда называют *«объективной психикой»*. Её значение состоит в сохранении необходимой целостности. В обычном «нормальном», бодрствующем состоянии человек этого не осознает, лишь иногда в сновидениях «объективная психика» напоминает о себе.

Действие алгоритмов глубинного бессознательного проявляется в особом характере сновидений, которые производят сильное впечатление, всегда запоминаются и никогда не забываются. От них, конечно, можно отвлечься, но они непонятно почему помнятся, хотя и не имеют личностного значения.

Содержание таких сновидений может включать различные природные явления, например, грозу, огонь, водную поверхность, океан, наводнение, геометрические фигуры в виде площадей, круглой или четырехугольной формы с чем-то в центре, напоминающим фонтан; часы без стрелок, развалины, руины храмов, алтари.

В сновидениях могут присутствовать доисторические животные: пресмыкающиеся, динозавры и др.

Некоторые авторы особенно подчеркивают важность присутствия в снах геометрической фигуры типа круга, циферблата, солнечных часов.

Сновидения такого характера в норме возникают редко. Существует мнение о наличии связи между ними и экзистенциальными кризисами, требующими от человека принятия жизненно важного решения. Считается, что эти сновидения наталкивают на размышления, на переосмысление своего прошлого. Иногда такой сон является сигналом о необходимости задуматься о чем-то таком, что ранее ускользало от внимания. В то же время они могут предупреждать о начале развития психического расстройства.

Если такие сновидения начинают повторяться, это часто является сигналом *активизации глубинного бессознательного.* Активизация может приводить к тому, что энергетика коллективного бессознательного, как волна во время прилива, начинает захватывать все большие слои бессознательного. Так как волна идет изнутри, она

«добирается» до индивидуального бессознательного, доходит до границ сознания и, в конце концов, прорывается в него.

Если коллективное бессознательное в какой-то энергетической или содержательной форме прорывается в сферу сознания, последнее не в состоянии справиться с его разрушительной силой. Ego – сознание, которое работает по принципу прагматизма, логики и рационализма, распадается, и человек оказывается неспособным действовать сообразно с реальностью, его окружающей.

Начальный уровень происходящего процесса может быть даже субъективно приятным. Человек начинает ощущать наличие у себя необычных психических и физических сил, которые он может реализовать с пользой для других и для себя. Возникает прилив энергии, которой никогда ранее он в себе не чувствовал; появляется ощущение вседоступности, вседозволенности и всевозможности.

Иногда пробудившиеся необычные силы воспринимаются как чувство ни с чем несравнимого счастья и способности передавать его другим, осчастливливая окружающих. Возникает ощущение возможности влияния на судьбы сначала близких, путём спасения их от неприятностей, а затем и на судьбу мира. Состояние счастья может смениться страхом, состоянием ужаса.

В дальнейшем восприятие себя и окружающего мира принимает разорванный дезинтегрированный характер. Процесс может происходить с разной скоростью: в течение дней, часов, иногда минут.

Одним из характерных проявлений такого состояния является оскольчатость восприятия окружающего мира и людей в образах не реальных, обычных лиц, а персонажей из какой-то сказки или легенды. Возникает ощущение заколдованности мира, который воспринимается сквозь призму спектакля, античной пьесы. Появляющиеся картины мира зачастую имеют разорванный характер, не интегрируются в единое целое, или собираются, но на кроткий промежуток времени, а затем распадаются вновь, поскольку ego - сознание не способно на какой-нибудь длительный период интегрировать то, что происходит. Наступающая дезинтеграция затрагивает мышление, речь. Язык становится непонятным, перестает выполнять коммуникативную функцию и быть средством общения.

Активизация коллективного бессознательного может быть спровоцирована различными воздействиями, включающими сенсорную депривацию, лишение сна, трансцедентальную медитацию, прием психоделических веществ (ЛСД-25, мескалин и др.), коллективные ритуалы с ритмическими танцами, раскачиваниями под специальную музыку с одновременным воздействием на обонятельную сферу определенных запахов.

Перечисленные воздействия обычно вызывают развитие кратковременных (от нескольких часов до одного месяца, чаще несколько дней) психических расстройств, которые проходят сами или могут быть купированы сравнительно небольшими дозами нейролептических препаратов. Тем не менее, при наличии генетической предрасположенности активизация коллективного бессознательного способна привести к развитию эндогенного психического заболевания.

Stolorow и Atwood (1992) выделяют в бессознательном области пререфлективного и невалидизируемого бессознательного.

Пререфлективное бессознательное состоит из «организующих принципов», которые постоянно возвращаются в процессе восприятия индивидуумом его/ее отношений с другими людьми. Например, пациент/пациентка может иметь организующий принцип, содержанием которого является предпосылка, что другие люди будут стараться контролировать его/ее. Отсюда возникает единственная альтернатива контроля другого человека (аналитика) особенно в условиях длительного контакта. Организующие принципы закладываются в детстве и могут быть связаны с переживаниями в рамках формирующегося жизненного сценария. Пререфлективное бессознательное определяет в психоаналитической терапии содержание и структуру трансференса (переноса). То, что

происходит в отношениях пациента с аналитиком, основывается на возвращающихся паттернах организующих принципов, отражающих характер отношений в детстве.

Травмирующие события детства могут не осознаваться не только в связи с репрессией, но и потому, что они никогда не оценивались авторитетными фигурами в детстве. Такое отсутствие оценки Stolorow и Atwood называют невалидизируемым бессознательным.

Авторы описывают в качестве примера случай 19-летней пациентки с психотическим срывом. В детско-подростковом возрасте девочка состояла в инцестных отношениях с отцом, факт сокрытия которых имел место до 15 лет. Отец убеждал ее, что такого рода отношения типичны для «королевских семей». Сексуальное насилие контрастировало с внешним фасадом нормальной, уважаемой в обществе семьи, члены которой постоянно посещали церковь. Перед развитием психотического эпизода пациентке приснился сон следующего содержания: она находилась в деревне и рассматривала какой-то домик. Заглянув внутрь, она увидела туалет. Внезапно вода начала бурлить и переливаться через край унитаза. Ее течение становилось все более быстрым, затем произошел взрыв и вода превратилась в неидентифицированную и недифференцированную пылающую массу, размеры которой увеличивались бесконечно. В ужасе она проснулась.

Stolorow и Atwood (1992) полагают, что сон представляет собой префлективное бессознательное в его образе раздела между «миром сверху», имеющим отношение к дневному свету, социальным миром уважаемой семьи и «нижним миром» с переживаниями инцеста и предательства, связанным с образом туалета. Неидентифицированная и недифференцированная пылающая масса, выбрасываемая из туалета, олицетворяет невалидизированное бессознательное – «переживания, которые нельзя назвать, о которых нельзя думать и говорить». В свою очередь сон отражает и разрушение репрессии: вытесненные в бессознательное эмоции бурлят и становятся неконтролируемыми.

Динамическое бессознательное, согласно Freud'у, включает в себя неприемлемые или пугающие содержания психики, вытесненные из сферы сознания, но продолжающие оказывать влияние путем давления, перемещения и маскировки, проявляющихся в виде слов, психологических симптомов, оговорок, соматических расстройств.

Современное психоаналитическое исследование бессознательного представлено в работах Matte-Blanco (1975). Согласно автору, в функционировании бессознательного имеет место особенная логика. В работе бессознательного используется принцип «симметрии», в противоположность сознательному мышлению, для которого обычными являются асимметрические отношения, например: «это перо является частью птицы» или «Валентина является матерью Дианы». В бессознательном мышлении эти отношения могут рассматриваться в качестве симметричных. В результате птица является частью пера, а Диана - матерью Валентины.

Matte-Blanco описывает пациентку, больную шизофренией, которая жаловалась порою на то, что у нее берут кровь из руки, а иногда на то, что у нее забирают руку. Для пациентки кровь из ее руки и сама рука были идентичны. С точки зрения Аристотелевской логики, это неправильно, однако, в теории сновидений Freud'а подобные явления объясняются отсутствием противоречия и отрицания, отсутствием категории времени, конденсацией, восприятием части как целого, восприятием на основании какого-то признака одного предмета так, как если бы он был идентичен другому.

Freud (1915) выделял *ряд характеристик бессознательной психики*. К ним относятся:

(1) Взаимно несовместимые импульсы или идеи могут существовать, не воспринимаясь как противоречащие. Любовь и ненависть могут переживаться

бессознательно одновременно, в то же самое время сознательный ум будет переживать при этом диссонанс.

(2) Значение может быть легко перемещено от одного образа к другому

(3) Большое количество различных значений может комбинироваться в одном образе (конденсация).

(4) Процессы бессознательной психики вневременны. Идеи не упорядочены по времени.

(5) Бессознательное не фиксировано на внешней реальности, оно представляет собой внутреннюю психическую реальность. Так, например, сновидения и галлюцинации воспринимаются как реальные.

Особенностью симметрического, свойственного бессознательному, мышления является также категоризация объектов и явлений внутри определенной «сетки» (например, отцы, матери, половые органы, различные формы агрессии). Бессознательное рассматривает все элементы, находящиеся внутри «сетки», как эквивалентные, т.к. само введение в «сетку» происходит по принципу симметрического мышления. (А подобно В; В подобно А), и бессознательное просто расширяет симметрию, превращая ее в полную эквивалентность. Бессознательное воспринимает, например, конкретную мать как идентичную всем матерям; одно проявление агрессии или соблазна в качестве идентичных всем, в том числе и наиболее экстремальным формам агрессии и соблазна (Mollon, 2002). В результате бессознательное мышление становится экстремальным и поляризированным. Если что-то (слово, действие, выражение эмоции) попадает, например, в разряд агрессии, эта часть становится эквивалентом всего, находящегося в нем, частью целого. Бессознательное использует «бесконечные ряды».

Мышление в норме включает в себя ряд симметрических и асимметрических рассуждений (наряду с логическим мышлением, «day- dreams», аутистическое мышление).

Симметрическая логика при ее преобладании может вызвать переживания спутанности и нарушения логического мышления, что характерно для психических расстройств психотического уровня.

Mollon (2002) придерживается положения Matte-Blanco о том, что общие бессознательные механизмы психологической защиты могут основываться как на асимметрии, так и на симметрии. Например, перемещение требует, чтобы один предмет рассматривался как какой-то другой, и, кроме того, психологическая защита требует некоторой дифференциации между этими двумя предметами, без чего маскировка не может адекватно оперировать. «Хорошее мышление для научных или поэтических целей зависит от соответствующей смеси симметрии и асимметрии. Слишком большая симметрия приводит к нарушению мышления, слишком большая асимметрия ведет к сухому рассуждению, неспособному резонировать с человеческими глубинами» (Mollon, 2002).

Симметрия, в отличие от асимметрии, не фиксируется на дифференцировании. На наиболее глубоком уровне бессознательного преобладает чистая симметрия: все в одном и целостность отражена в мельчайшей частице. Подобное переживание характерно для озарений, внезапно возникающих у некоторых людей, и обычно значительно изменяющих их миросозерцание и понимание себя.

Arieti (1974) обратил внимание на то, что многие из особенностей мышления, характерных для сновидений, проявляются у пациентов, больных шизофренией. Автор писал, что «бессознательная психика и психика больного шизофренией может воспринимать две или более вещи как идентичные, если они имеют какие-то идентичные ассоциированные атрибутики». Пациент при этом рассуждает следующим образом: «Елена по профессии врач, министр здравоохранения врач; поэтому Елена - министр здравоохранения». Елена и министр здравоохранения рассматриваются как идентичные, т.к. у них имеется идентичный атрибут - оба являются врачами. Arieti (1974) приводит

пример пациентки, которая считала себя Девой Марией. Она рассуждала так: "«Дева Мария была девственницей; я – девственница; поэтому я - Дева Мария».

В этом случае представляется возможным увидеть сочетание бессознательной симметрии с психодинамическими мотивациями – желанием избавится от чувства неполноценности и идентифицироваться со своим идеалом женственности.

При психических нарушениях первичный процесс со свойственными ему характеристиками когнитивных процессов прорывается в сознание и нарушает механизмы вторичного процесса. Это приводит к тому, что у появляющихся в сознании абстрактных метафор теряется условный характер, т.е. исчезает такое важное и необходимое для нахождения в реальности качество как «как будто». Пациент, общаясь со специалистом, оценивает свое пребывание в больнице как нахождение в тюрьме, а беседу с ним как разговор со следователем. Может создаться впечатление, что такая оценка носит метафорический характер (особенно в практиках используемых в ряде психиатрических учреждений бывшего СССР), но оказывается, что речь идет о буквальном восприятии места пребывания человека как тюрьмы, а врача как следователя.

Mollon (2002) приводит типичный пример пациента, который обнаруживал нарушения нормального мышления при работе с тестом Роршаха, видя на различных таблицах изображения мужских и женских половых органов и грудных желез. Он возмущался и обвинял психолога в том, что тот специально показывает ему «все эти грязные картинки». Абстрактные изображения, которые лишь при специальной направленности воображения могли быть восприняты как похожие на сексуальные части тела, были восприняты в качестве образа действительного полового органа. В этом случае можно обнаружить по сути три нарушения:

1) нарушения обычного логического процесса;
2) сексуальную озабоченность;
3) психологическую защиту в форме проекции собственной сексуальной озабоченности на психолога.

Rapaport (1946), изучая результаты психологического тестирования, приводит следующее описание пациентом одной из цветных таблиц Роршаха: «это - кровавое пятно, а здесь - кровавый остров, где произошло так много революций». Пациент воспринял часть рисунка как остров на карте, ассоциировал красный цвет с кровью и смешал эти два понятия, образовав картину «кровавого острова», который в дальнейшем связал с представлением о кровавых революциях.

Пациенты с психотическими расстройствами под влиянием механизмов первичного процесса теряют связь с реальностью. Для них символы становятся теми предметами, которые они символизируют, значения самих слов изменяются, приобретают особый смысл.

В середине XX века Segal (1957) предложил термин «символическое приравнивание» (symbolic equation) для тех случаев, когда у больных шизофренией символ приобретает значение конкретной реальности. В качестве примера автор упоминает пациента, который на вопрос, почему он перестал играть на скрипке, с возмущением ответил: «Почему? Вы ожидаете, что я буду мастурбировать на глазах у публики?». При психоаналитической интерпретации сновидений, в каком-то случае скрипка может символизировать мужской половой орган и с учетом ряда других факторов игра на скрипке может символизировать мастурбацию. В случае же, приводимым Segal, речь идет о вторжении символики в сферу сознания и превращении символа в реальность.

Инфляцию сознания бессознательными формами психической активности при психозах, очевидно, можно сравнивать с каким-то промежуточным состоянием между сном и бодрствованием, когда пациенты в бодрствующем состоянии находятся в то же время как бы в полусне, когда «сны наяву» (day dreams) проявляют свою активность и нельзя разграничить реальность от аутистических переживаний. Действия различных форм психологической защиты, включая репрессию и маскировку, в случаях психических

расстройств психотического уровня оказываются недостаточными. У человека, находящегося в бодрствующем состоянии, репрессированный материал прорывается в сознание в форме, например, галлюцинаций угрожающего, уничижающего, оскорбляющего содержания и дезорганизует его мышление и поведение.

В классическом психоанализе особое значение придается *сексуальному* драйву и, хотя практически все работы классических психоаналитиков содержат ссылки на необходимость учета не только сексуального, но и других драйвов, зачастую эти упоминания являются всего лишь формальной декларацией. При дальнейшем анализе эти драйвы, к сожалению, учитываются недостаточно.

Помимо *сексуального, в бессознательном находятся следующие драйвы:*

1.самосохранения;

2.утоления жажды;

3.утоления голода;

4.аутодеструкции;

5.любознательности и креативности;

6.Религиозное чувство.

Практика показывает, что все драйвы имеют большое значение в психической жизни и активностях человека. Более того, существуют определенные виды когнитивной аффективной и поведенческой деятельности, в которых можно выделить одновременное функционирование, и взаимовлияние не одного, а сразу нескольких драйвов, что позволяет сделать вывод о смешивании драйвов. Активизация одного из драйвов может в свою очередь приводить к задействованности другого.

Аутодеструктивный драйв

Аутодеструктивный драйв является направленным на себя агрессивным драйвом (инстинктом). Идея об агрессивном инстинкте или инстинкте смерти появилась в работе Adler'a в 1908г. и рассматривалась Freud'ом в контексте дуалистической теории об инстинктах жизни и смерти (Freud, 1920).

Аутодеструктивный драйв может проявляться первично, не маскируясь за нарушением других психических функций (например, депрессий, бредовых идей). Суицидная проблема состоит из нескольких частей, имеющих между собой как общие признаки, так и некоторые оттенки. Желание умереть, желание покончить с собой и желание быть убитым отличаются друг от друга определенным своеобразием (Menninger, 1938).

Очевидно, что существуют внутренние механизмы, которые могут активизировать аутодеструктивный драйв и приводить к прекращению жизненно-важных функций. Так, например, одна из пациенток ушла на кладбище и умерла там без применения каких-либо насильственных действий. Проявление этого драйва в прямом виде иногда описывается, как желание немедленно избавиться от собственного тела. Нами наблюдалась пациентка с неоднократными самоповреждениями. Она отмечала, что ничем иным, кроме вызываемого ею чувства боли, не может подавить стремление покончить с собой, чтобы избавиться от своего тела. Приступы возникали внезапно, пароксизмально. Психологические обследования в периоды между приступами не выявляли никаких отклонений от нормы.

Одним из примеров проявления аутодеструктивного драйва было поведение пациента, который стремился «отделиться от собственного тела», вызывая у себя состояние вибрации, во время которого он наблюдал за собой со стороны. Несмотря на то, что это состояние ему нравилось и приносило ощущение удовольствия, оно закончилось клинической смертью.

Аутодеструктивный драйв может находить выражение не в прямом, а косвенном суицидальном поведении, проявляясь в стиле жизни человека, противоположном здоровому. Это может касаться нарушения диетических привычек, режима сна и бодрствования.

Известно, что хроническое недосыпание является фактором риска. Существует понятие «долг сна». Современный человек недосыпает примерно около часа, по сравнению со временем сна, типичным для лиц, живущих в начале 20-го века. Некоторые сознательно занимаются видами деятельности, которые лишают их сна, полагая, что они могут меньше спать без отрицательных последствий. Таким образом, накапливается долг сна, который приводит к ряду серьезных нарушений, прежде всего, к снижению активности иммунной системы, предрасположенности к развитию не только инфекционных, но и онкологических заболеваний (Coren,1996). Автор ссылается на ряд исследований, демонстрирующих наличие связи между недосыпанием, плохим здоровьем и сокращением жизни.

Аутодеструктивный драйв направлен в наиболее выраженной форме на совершение самоубийства или на агрессию. Этот драйв имеет многообразные проявления. Дальнейшее развитие концепции аутодеструктивного драйва позволяет рассматривать с этой точки зрения различные варианты скрытого суицидального поведения, например, поведение в поиске острых ощущений с риском для жизни, несоблюдение диеты, нарушение режима сна и бодрствования и др. Оказалось возможным выделить несколько вариантов поведения, в которых этот драйв выступает отчетливо.

С точки зрения современного представления об аутодеструктивном драйве, он имеет прямое отношение к злокачественно протекающему аддиктивному поведению, поскольку при этом варианте активности человек выбирает губительный вариант развития не только для своей психики, но и для тела. Он делает это, пренебрегая собой как биологическим существом.

Разные виды как химических, так и нехимических аддикций объединяет деструктивный стиль жизни. Он выражается в случаях химических аддикций в нарастающем приеме веществ, изменяющих психическое состояние, в переходе от более «мягких» к более «жестким» наркотикам.

Встречаются люди, у которых аутодеструктивный драйв проявляется в «чистом» виде, когда нет никакого нарушения, которым можно было бы вторично объяснить происходящее. Внезапно возникает стремление покончить с собой, которое реализуется. В беседе с человеком до или после этого случая невозможно найти какую-то причину его поступка. Лица, охваченные влиянием аутодеструктивного драйва, воспринимают его как чуждый себе только после его минования. Как правило, им известны предвестники активизации этого драйва, с которыми они ничего не могут поделать. Это состояние длится в течение короткого промежутка времени, но его бывает достаточно для того, чтобы совершить насилие над собой. Пациенты отмечают, что в этот период у них возникает чувство, неопределяемое словами. Оно приближается к желанию вырваться, сбросить тело, выйти за пределы собственной «оболочки». В это время происходит исчезновение чувства боли, страха, поэтому люди наносят себе тяжелые повреждения. Когда состояние проходит, они просят помочь избавиться от него или научить их справляться с ним.

Аутодеструктивный драйв, очевидно, связан с *аннигиляционной тревогой.*

Выражением аутодеструктивного драйва является тактика, которую выбирают люди, игнорирующие всякие признаки развивающейся болезни. Это особенно свойственно работоголикам. При появлении болезненных симптомов они стараются не думать о них, не обращать внимания, по-своему объяснять, придумывать упрощенные схемы возникновения и модели, соответствующие их знаниям. «Ничего серьезного нет», - успокаивают они себя, откладывая визит к специалисту на длительный промежуток времени.

Драйв самосохранения

Драйв самосохранения так же, как и аутодеструктивный драйв может проявляться отрицательно. Это находит отражение в чрезмерной осторожности, стремлении находить потенциальную опасность в большом количестве ситуаций, на самом деле таковыми не являющимися. Активность такого человека значительно ограничивается. Драйв самосохранения может приводить к поведению избегания.

В DSM-IV выделяется *личностное расстройство избегания*, при котором такой стереотип поведения преобладает над остальными. Лица с поведением избегания стараются выработать у себя несколько стратегий поведения, в рамках которых чувствуют себя адекватно. Они тщательно контролируют себя, чтобы не выйти за рамки избранной ими поведенческой тактики. Социальные контакты ограничиваются насколько возможно не потому, что их не любят, а в связи со страхом возможного возникновения потенциальной опасности.

Ощущая исходное недоверие к межличностным контактам, люди с поведением избегания стараются найти социальную нишу, в которой могут хорошо себя чувствовать и продуктивно работать. Поведение избегания препятствует поиску новых способов, нестандартных ситуационных решений, делает человека ригидным, консервативным, нелабильным, что, естественно, создает особые проблемы, поскольку жизнь человека в современном обществе требует участия в социальных контактах, необходимых для поиска нетрадиционных решений. Поведение избегания может касаться и других сфер жизни, например, диетических привычек. Лица, страдающие этим видом нарушения, отрицательно относятся к повышенной стимуляции потому, что плохо её переносят. Их консервативность касается предпочтения и приверженности привычным предметам, эстетическим взглядам, определенного рода развлечениях и пр.

Религиозное чувство

Религиозное чувство присуще каждому человеку, вне зависимости от того, считает ли он себя верующим, принадлежащим к той или иной религиозной конфессии, агностиком или атеистом. Так, например, теоретический атеист по - существу отрицает лишь известные ему образы Бога, которые считает ложными, но стремится к истинному Богу, не осознавая этого.

Религиозное чувство трудно вербализуется.

Otto (1917) называл это чувство святым. Его книга «Das Heilige» была переведена на английский язык под, к сожалению, вводящим в заблуждение титулом «The Idea of the Holy» («Идея Святого»), поскольку Otto имел в виду не *идею*, а *переживание* Святого. Для Otto религиозное чувство это не концепция, черта характера или структура, а тип необычного сильнейшего переживания, всезахватывающего, вызывающего благоговейный страх. Это уникальное переживание не может быть понято и постигнуто в рамках обычных психологических или философских категорий.

Otto писал, что это «совершенно своеобразное и невыводимое из других чувств переживание, его нельзя точно определить или рассказать. Его можно только вызвать, спровоцировать его появление, разбудить в сознании». Таким образом, автор подчеркивает неанализируемость религиозного чувства. В дальнейшем это чувство называлось Otto и другими авторами mysterium tremendum как обозначающее необычное, странное и сверхъестественное переживание. Otto считал, что такие переживания являются источником религии. Их возникновение в психике уже первобытного человека было стартовым пунктом развития религиозного мышления и лежало в основе религиозной эволюции.

Tremendum связано с чувством тотальной зависимости, которую Otto называет «чувством бытия созданным». Оно включает одновременно ощущение бытия ничем, по сравнению с созидающей силой, и, временами, единства с ней.

Mysterium вызывает сильные эмоциональные реакции как ужаса, так и восхищения.

Jones (1986) называл религиозное чувство «полностью другим», подчеркивая, что оно не имеет никакого отношения к интенсификации обычных эмоциональных переживаний. Религиозное чувство лежит не в континууме чувств, а находится в другой плоскости. Дело не в интенсивности переживания, а в том, что само переживание носит принципиально другой характер. Это переживание вторично может вызвать чувство благоговения, ужаса, чувство непостигаемости, тайны, поскольку его нельзя связать с каким-то конкретным объектом. Таинственный объект будет восприниматься как Высшая Сила, как Бог, или Природа.

Психодинамика религиозного чувства может быть рассмотрена с позиций работ Fairbairn'a и Bollas'a.

Lutzky (1991) в этом контексте обращает внимание на то, что Fairbairn относит к прототипу религиозного чувства внутренний материнский объект. С его точки зрения, переживания «святого» и мир внутреннего объекта напоминают друг друга. Здесь имеет значение неизбежное отсутствие совершенной материнской эмпатии, тотальная зависимость младенца от матери, вызывание ею противоположных чувств.

Американский психоаналитик и профессор литературы Bollas (1987) изучал особенности ранних отношений ребенка со средой, в которой он воспитывается. Автор называл эти отношения диадными и подчеркивал, что ребенок воспринимает мать не как объект, не мать как таковую, а как обоюдные отношения, которые возникают между ним и матерью.

Он придавал большое значение ритму определенных отношений с объектом и считал, что ритм складывающихся отношений имеет значительно большее значение, чем просто восприятие объекта и его качество. Ребенок чувствует ритмику отношений и колебания эмоциональности, связанные, например, с усталостью.

На эмоциональный фон влияют разнообразные причины, вызывая его повышение или снижение. Bollas подчеркивает значение ситуации как процесса, который отождествляется с объектом. Ребенок интернализирует этот процесс, вводит его в свое сознание и бессознательное. Интернализация, с точки зрения автора, имеет большое значение, т.к. оказывает дальнейшее влияние на всю последующую жизнь человека и его отношения с людьми.

Диадные отношения с матерью оставляют тень объекта, которая присутствует в психике как неосознаваемое явление и в то же время влияет на нее. Ряд ситуаций, с которыми встречается человек, могут стимулировать оживление тени, активизацию состояний, которые имеют корни в раннем детском опыте. При этом возникают кратковременные мимолетные, неподдающиеся анализу «настроения»: вдруг становится смешно, грустно, тревожно и пр. Чувства вначале носят свободно плавающий характер и только впоследствии находят проекцию.

С точки зрения Bollas, это тени, которые оживают в сознании и являются причиной смены настроений, поскольку в этих состояниях репродуцируются, воссоздаются, повторно воспроизводятся и повторно переживаются прежние переживания и состояния бытия младенческого и раннего возраста.

Автор пишет: «Если человек входит в настроение, это настроение может быть его прежним Я. Оно отражает какое-то состояние бытия в детстве. Возможно, будучи ребенком, он чувствовал себя виноватым, совершившим что-то плохое, обманщиком, грандиозным объектом восхищения, победителем, отвергаемым объектом, которым пренебрегали. Может быть в детстве его свободу ограничивали родители».

Концепция тени объекта, очевидно, может быть использована при объяснении механизма феномена deja vu или deja vecu, выражающегося в представлении и\или

чувстве, что событие или ситуация, наблюдаемые или переживаемые впервые, уже наблюдались или переживались в прошлом на сублиминальном уровне.

Тень объекта чрезвычайно стойкая, поэтому Bollas называл её консервативной, определенным образом влияющей на контакты с миром и во многом предопределяющей их характер. Человек, не осознавая этого, находится под влиянием консервативной тени объекта, присутствующей в его психической реальности с раннего детства. Этот элемент «законсервировался» в детстве, остался неизменным и интактным во внутреннем мире взрослого. Он имеет малую динамику и не предрасположен к изменениям, поскольку связан с сохраняющимся в Self'е «разговором» с некоторыми аспектами ранней родительской среды. Внутренний мир ребенка был наполнен разнообразными настроениями, чувствами и мыслями, которые были забыты, но сохранили тенденцию к постоянному оживлению. Перенесенные ранние детские травмы имеют в этом контексте специальное значение, поскольку могут влиять на взрослого человека, в связи с их теневым присутствием.

Некоторые из ранних переживаний стимулируют человека к разнообразным изменениям и предрасполагают к дальнейшему развитию. Bollas назвал их «трансформирующими объектами». Вызывающий трансформацию объект может представлять собой человека, событие, место, точку зрения, которые дают стимул к изменению и задают направление дальнейшего развития.

Автор считал, что в детских диадных отношениях с матерью присутствуют элементы, из которых может развиться религиозное чувство, стимулирующее формирование ощущения смысла жизни как таковой. Если во взрослом состоянии человек возвращается к переживаниям, связанным с объектами, которые вызывали у него начальное религиозное чувство, то это чувство усиливается и способно неожиданно вспыхнуть в виде инсайта. Речь идет о том, что происходит первичная задействованность религиозного чувства, которая затем может угаснуть или приобрести определенное содержание под влиянием тех или иных средовых стимулов.

Переживание религиозного чувства находятся, таким образом, в непосредственной связи с трансформирующим объектом, с его воспоминанием. Такие трансформирующие моменты представляют возвращение к первичным базисным переживаниям, что содержит в себе возможность метаморфозы, переоценки себя и своих отношений с окружающим миром. Подобные переживания, с одной стороны, представляют собой возвращение к более первичному состоянию сознания, с другой, делают возможным нахождение новых, более высоких уровней интеграции.

Mol (1976) обнаруживает в религиозном чувстве функцию «сакрализации» идентичности. Под сакрализацией автор понимает «процесс становления или делания святым». Он показывает как религия сакрализует индивидуальную и социальную идентичности. Оба вида идентичности усиливаются религиозным чувством, искусством, творчеством. Изменение проекции религиозного чувства способно формировать новые идентичности. Подобный механизм участвует в групповой динамике таких обществ, как Анонимные алкоголики.

Изменение идентичности включает перемену взгляда на себя, на свои социальные активности, отношения с людьми. Хорошо известен энтузиазм новообращенных лиц.

Религиозные экстремисты стараются максимально сузить, редуцировать идентичность, фиксируясь на таких ее сторонах, как пол, каста, раса, национальность ценой отказа от универсальной идентичности.

Религиозный драйв может проявляться по-разному. Важно, чтобы он находил разрядку потому, что в противном случае человек может стать апатичным и утратить интерес к жизни.

Одним из побочных проявлений лечения психофармакологическими препаратами нейролептического действия является то, что помимо устранения продуктивных

симптомов, они одновременно блокируют драйвы. Отсюда ощущения пустоты и стуки, связанные с невозможностью активизировать бессознательное.

Активизация религиозного драйва при невозможности его «разрядки» по традиционным каналам может приводить и к отрицательным последствиям, например, к развитию фанатического поведения.

Ego.

До 1923г. Freud использовал термин ego не очень определенным и не вполне систематическим образом. Он относил к ego доминирующую в сознании массу идей, деструктивная часть которых репрессировалась в бессознательное. В 1923г. Freud опубликовал работу «The Ego and the Id» (1923b), в которой начал использовать термин ego для описания состояний, включающих все то, что находится в сфере осознания. Ego испытывает на себе влияние id, содержит часть импульсов id и часть психической продукции, идущей из superego. В этой работе отмечалось, что главная функция ego - представлять реальность, корректировать её посредством различных систем защит и контролировать драйвы, которые, согласно топографической модели психической реальности, «давят» на ego снизу. Freud исключал из выдвинутой им концепции ego требования, связанные с моралью и социально принятыми нормами.

Ego развивается постоянно в течение жизни, но особенно быстро в детстве, начиная с более раннего младенческого периода. Являясь очагом вторичного процесса мышления, то есть логического, последовательного, реалистически ориентированного типа когниции, ego оперирует как медиатор (посредник) между требованиями id, ограничениями реальности и этики и морали. Ego имеет сознательную и бессознательную стороны. Сознательная подобна тому, что человек переживает, используя термин «Я». Бессознательное включает процессы (не результаты) супрессии (супрессия, в отличие от репрессии, происходит на сознательном уровне и супрессированные содержания вытесняются не в бессознательное, а в пресознание), перемещения, рационализации и сублимации (McWilliams, 1994).

Выделение сознательных и бессознательных аспектов ego имеет непосредственное значение для диагностики и терапии. Во время психоанализа сознательная часть ego – *«наблюдающее ego»* действует по рациональным механизмам, способно оценивать собственное эмоциональное состояние, самодиагностировать, например, появляющиеся при этом положительные или отрицательные чувства к аналитику, обсуждать с ним происходящее.

Бессознательная часть - *«переживающее ego»* обладает в большей степени внутренним «висцеральным» чувством того, что происходит внутри себя и в отношениях с аналитиком.

По мнению Sterba (1934), это «терапевтическое расщепление в ego» является необходимым условием для успешной терапии. Если пациент не в состоянии преодолеть ego-синтонность и обсуждать свои висцеральные эмоциональные состояния с позиции наблюдателя, основной задачей специалиста должна быть помощь пациенту в развитии способности к такому расщеплению (Sterba, 1982).

Расщепление облегчает терапию, т.к. отчужденные (дистонические) от наблюдающего ego симптомы или психологические проблемы устраняются значительно лучше, чем те же состояния, которым пациент никогда не придавал большого значения.

Способность человека считаться и признавать реальность, даже если последняя крайне неприятна, не прибегая к примитивным психологическим защитам, называют *«ego-силой»*. К примитивным психологическим защитам относятся те, которые характеризуются избеганием, отрицанием или полным отрывом от реальности. К более зрелым - защиты, позволяющие приспособиться к реальности.

Представители ego-психологии подчеркивают, что психологическое здоровье включает не только использование зрелых форм психологической защиты, но, прежде всего, возможность относительно свободно реализовать разнообразные их формы в зависимости от тех или иных обстоятельств (Shapiro, 1965).

Ego находится в контакте с окружающим реальным миром и создает определенное единство личности, обеспечивая нормальную адаптацию человека. Часто встречающиеся сегодня нарушения приспособления возникают у людей со слабым ego. У носителей симптомов этого вида расстройств отсутствует достаточное количество ego-ресурсов, которые позволили бы им адекватно приспособиться к реальности. Это связано со многими причинами, к числу которых относятся: особенности воспитания, отсутствие достаточной самостоятельности в принятии решения, стили воспитания, чрезмерно представленное superego, которое подавляло ego и мешало ему, как следует сформироваться.

Эти люди испытывают затруднения в условиях современного мира. Несмотря на то, что у многих из них накоплен положительный опыт работы, присутствуют сформированные профессиональные навыки, они не могут приспособиться к новым условиям, страдают от невротических и депрессивных состояний, испытывают чувство безысходности и оказываются неконкурентоспособными.

Ego создает единство личности и находится в постоянном контакте с реальным миром. Ego обеспечивает нормальную адаптацию человека. Люди с нарушениями приспособления - это люди со слабым ego, не сумевшие найти в себе достаточного количества внутренних ресурсов для того, чтобы приспособиться к реальному миру.

В структуре ego лежит регулируемая потребность. Человеку хочется удовлетворить её, но поскольку ego калькулирует, сравнивает и оценивает возможность реализации потребности и последствия этого акта, то ego приходит к заключению либо о немедленном удовлетворении возникшей потребности, либо о некоторой отсрочке. Человек с сильным ego может откладывать удовлетворение потребности во времени, он не действует по принципу сиюминутной реализации возникшего желания.

Большинство здоровых людей постепенно понимает, что далеко не все интенции могут быть реализованы, т.к. в противном случае могут возникать трудности и конфликты с внешней реальностью. Задачей ego является умение действовать таким образом, чтобы, с одной стороны, получать удовольствие, а с другой, - предупреждать отрицательные разрушительные последствия таких активностей.

Процесс формирования и содержание ego у разных людей различны. Ego может быть достаточно сильным, когезивным, консолидизированным, или слабым и рыхлым. Если ребенок воспитывается в среде, которая не способствует формированию адекватного поведения, если акцент делается только на запретах и наказаниях, сформируется ego, которое не сможет обеспечить получение удовольствия без возникновения отрицательных эмоций. При этом удовольствие превращается в неудовольствие.

Если воспитание проходит под лозунгом потворствующей вседозволенности, superego наоборот оказывается слабым, а ego контроль над id недостаточным.

Действия ego направлены на ограничение проявления *первичного процесса.* В психоаналитической теории первичный процесс представляет собой неорганизованную психическую активность, характерную для бессознательной сферы. Для этой активности характерен отчетливый разряд энергии, всплеск возбуждения, проявляющийся без учета требований окружающей среды, логического мышления и реальности (подробнее см.ниже).

Активность, связанная с ego, характеризуется планированием, анализом деятельности, возможностью откладывания процесса удовлетворения потребности. Эти функции характерны для *вторичного процесса* (подробнее см. ниже).

Психическое здоровье требует сильного ego, способного защитить человека от тревоги связанной, например, с конфликтом; осмыслить, оценить и отделить главное от

второстепенного, что особенно важно в связи с наличием в условиях современного мира необходимости принятия разных решений в разных сферах жизни.

Наличие способности спланировать, рассчитать и отбросить ненужное имеет немаловажное значение. Однако, существует и вторая, не менее важная сторона «медали» - умение воспринимать внешний мир и жить в этом мире так, чтобы получать от этого удовольствие. Акцент на одном рационализме формирует одногранную, роботоподобную личность, а процесс получения удовольствия невозможен без контакта с бессознательной сферой.

Сильное ego воспринимает импульс, идущий из бессознательного и интегрирует его. Оно может защитить человека от отрицательных эмоций, связанных с конфликтом, но, в то же время, позволяет воспринимать реальный внешний мир и жить в нем, получая от этого радость и удовольствие.

Результатом возможного разрушения ego является развитие *психотических эпизодов.*

Современные психоаналитики, например, Mitchell (1993) считают, что существует чувство, которое свидетельствует о сильном ego, - это способность испытывать нормальное чувство радости. Речь идет не об искусственно продуцируемом, «деланном» в игровом ролевом поведении, а о реальном чувстве радости, которое совсем не обязательно перед кем-то демонстрировать.

Разрушение ego приводит к дезадаптации. Причинами могут быть внешние воздействия: биологические процессы, болезни, отравления, инфекции.

Деструкция ego может произойти и по внутренним причинам, в результате влияния на него таких внутренних сил, с которыми оно не может справиться. Такими силами являются импульсы, идущие из глубин бессознательного. Импульсы могут быть настолько сильны, что дезинтегрируют ego и провоцируют развитие психического заболевания. Процесс деструкции ego может носить временный, длительный и постоянный характер.

Часто встречающиеся в практической деятельности состояния кратковременной дезинтеграции ego возникают как результат воздействий, которые активизируют глубинную бессознательную сферу. Последние включают: гипоксию мозга (недостаточное снабжение мозга кислородом); сенсорную депривацию, трансцендентальную медитацию, лишение сна. Активизируются бессознательные импульсы, которые прорываются в сферу сознания и дезинтегрируют ego. Аналогичный механизм лежит в основе возникновения психических заболеваний, Когда активизация происходит спонтанно.

Superego.

Психологические механизмы формирования superego

Термин superego в широком и практически недифференцированном смысле впервые появился в работе Freud'a «The Ego and the Id» (1923b). Это понятие включает две функционирующие структуры:

а) структуру ego-идеала, к которому стремится человек, и

в) структуру запрета и осуждения, систему вины, которая на ранних стадиях развития ребенка связана с малым окружением - первичной группой, включающей в себя родителей и других членов семьи, а в дальнейшем – с большим окружением, в круг членов которого входят сверстники, друзья, подруги, учителя и др.

Поскольку система вины тесно связана с ego-идеалом, происходит отрицательная самоидентификация. В таком случае характер мыслей человека приобретает следующее содержание: «Если я не соответствую этому идеалу, значит, я испытываю чувство вины,

т.к. допускаю нарушение морально-этических норм. Я плохой/плохая, я заслуживаю осуждения, я не достоин/не достойна своих родителей. Они должны стыдиться меня. Я веду себя безответственно». Совершенно естественно, что, если superego представлено таким содержанием, то удовлетворение и реализация желаний, рожденных драйвами, будет затруднена. Поэтому реализация может откладываться, а, если она и наступает, то сразу же сопровождается появлением отрицательных эмоций.

Superego оказывает непосредственное влияние не только на систему id, оно влияет и на ego. В то время как ego действует по основному механизму, который можно назвать принципом реальности, то superego препятствует возможности такого хода активностей, потому что обычное стремление реализовать себя будет наталкиваться на осуждение, которое, естественно, будет мешать поведению, направленному на достижение цели.

Графическое изображение сфер id, ego и superego в работах разных авторов зачастую представлено в виде иерархии, в которой id “расположено” внизу модели, ego – в середине, а superego вверху. Такая пространственная ориентация трёхкомпонентной системы личности способствует возникновению мнения, согласно которому superego якобы не имеет большого отношения к id, поскольку их разделяет ego. В действительности, superego является компонентом психики, имеющим самую тесную связь с бессознательным, но оно связано не только с той «частью» бессознательного, которая представлена драйвами, но также с более глубинным бессознательным.

Система запретов, свойственная superego, часто носит мифологический характер. Это проявляется в том, что одна только мысль о возможности нарушения какого-то табу порождает возникновение разнообразных страшных картин о греховности, наказании, которые выходят на архетипику коллективного бессознательного, весьма далекого от реальной действительности. Связь superego с коллективным бессознательным, естественно, не фиксируется на уровне сознания, т.к. материалы коллективного бессознательного не находят своего прямого отражения в сознании. Человек не идентифицирует их и, тем более, не анализирует.

В болезненных состояниях это находит выражение в развитии идей катастрофического негативного содержания. Эти идеи нельзя точно вербализовать. За лаконичностью выражений скрывается гротескное содержание, продуцируемое в виде коротких фраз типа: «Все пропало», «Меня ничто не может спасти», «Никакое наказание не может быть достаточным для меня», «Я достоин презрения и чем быстрее я покончу с собой, тем лучше для окружающих, т.к. приношу всем несчастья» и т.д.

Можно говорить о существовании «сознательной части» superego, функционирующей персонально, личностно и включающей в себя материал, о котором человек может легко поведать другим. Эта личностная часть superego эквивалентна термину *«персональное» superego.*

Высказываются разные мнения в отношении времени появления superego.

С точки зрения Freud’а, superego формируется в Эдипальном периоде. Его образование является результатом Эдипального конфликта, конец которого символизирует вершину superego.

Структура superego появляется тогда, когда ребенок интернализирует имиджи обоих родителей или в большей степени кого-то одного из них. Он «вводит» образ матери в структуру своей психики и начинает в какой-то степени идентифицировать себя с ней. Интернализироваться могут не только родители, но и другие, авторитетные для ребенка лица. Ребенок начинает чувствовать и думать следующим образом: «А как на это посмотрел/а бы мой/я отец/мать?». Поскольку родители живут в определенном социуме и тем самым являются частью этого общества, то они являются носителями представлений, стереотипов и культуры, свойственных данной стране, региону, клану и т. д. Вместе с образами родителей ребенок незаметно для себя интернализирует часть этой культуры в виде свойственных ей норм и правил поведения.

Он начинает относиться к себе, своим поступкам, действиям, чувствам и мыслям не только с точки зрения того, выгодно ему это или нет, наградят его за это, или накажут, но и, принимая во внимание: соответствует ли это тому представлению о родителях, которое он интернализировал, как они /он/она на это посмотрят? Superego зависит от того, насколько общество либерально, демократично, консервативно, ригидно, насколько в нем приняты системы различного рода ограничений и запретов.

Поскольку процесс формирования superego происходит в раннем возрасте, то он совершается на достаточно упрощенном уровне, т.к. ребенку не свойственны сложные схемы мышления и представлений. Поэтому мораль, которая закладывается в столь раннем периоде, часто оказывается упрощенной и ригидной и потому она так трудно меняется. Чувство вины, представленное в superego, далеко от реальности. Оно рассматривается как незрелый способ реагирования, который переходит во взрослое состояние. Например, в детстве ребёнок украл конфеты, ему было стыдно, но постепенно он забыл об этом и вытеснил этот факт в бессознательное. Обратившись к психоаналитику во взрослом периоде жизни, пациент жалуется на то, что постоянно краснеет, когда ест сладости, хотя они ему не запрещены. Анализ показывает наличие тесной связи предъявляемых жалоб с архаическим чувством, оставшимся с детства.

Если у ребенка закладывается чувство вины, оно не ограничивается какими-то рамками, а имеет тесную связь с глубинным архаическим содержанием психики, поэтому иногда говорят об *архаическом superego*. Это понятие напоминает архетипы Jung'а, поскольку в нем есть элементы, которые связаны не только с родительским программированием, но и с тем, что оказывает влияние из глубинных сфер психики, из коллективного бессознательного, в котором присутствуют свои образы. Так, например, сила воздействия реального отца или деда велика потому, что они заключают в себе элементы образа Старого Мудреца. Ребенок не может этому сопротивляться. Отсюда ригидность, примитивизм и консерватизм морали. Superego подавляет и запрещает, «говоря», что так нельзя чувствовать и думать потому, что это не согласуется с принятыми у «Нас» правилами. «Мы это не акцептируем и этого не позволяем». В результате такого запрета деятельность ego оказывается лимитированной. Родители могут вводить в сознание ребенка мысль о том, что существует Большой Брат, действия которого достойны подражанию. Это приводит к тому, что в сознании взрослого человека на протяжении всей его жизни будет доминировать аксиома «Ведь это Он сказал это!».

Значительно представленное жесткое superego ограничивает ego и, естественно, накладывает отпечаток на дальнейший стиль жизни.

Если образ себя не соответствует высокому идеалу, к которому человек стремится, появляется чувство вины и идеи самоосуждения: «Я плохо стараюсь, я ленивый человек, я заслуживаю осуждения, я не достойна/достоин своих родителей». Идеал становится недосягаемым, появляется чувство неудовлетворенности, возможность получения удовольствия отсутствует. Чувства вины и чувства стыда возникают в связи с тем, что ребенок считает, что то, о чем он подумал или то, что он сделал, заслуживает осуждения. Чувство стыда строится на концепции, согласно которой все плохие, с точки зрения ребенка, действия, которые он совершает, связаны с тем, что она/он плохая/плохой. Ребенок начинает стесняться и стыдиться самого себя.

Стили воспитания, которые способствуют развитию у ребенка хронического чувства стыда, деструктивны, поскольку они приводят к сниженной самооценке, ограничению активности, снижению возможности использовать подходящий случай, исчезновению мотивации, ухудшению качества жизни.

Жесткое superego сдерживает проявление драйвов, во многом блокируя их реализацию. Человек начинает обвинять себя: «Я слишком много ем, я позволяю себе употреблять алкоголь, я добавляю много специй в пищу» и т. д. Воздействуя на ego, superego мешает ему действовать по принципу реальности, оценивая стремление реализовать себя и свои потенциальные возможности как нарушение идеала. «Как я могу

позволить себе то, что мои родители никогда себе не позволяли? Что бы они сказали обо мне, если бы были живы?» – так думает человек, находящийся во власти жесткого superego.

Изменить подобную систему достаточно сложно. Формирование ассертивных когнитивных конструкций, которые нейтрализуют сверхконтроль superego в ряде случаев связано с большими трудностями. Считается, что это лучше делать в группе. Люди, испытывающие сильное давление superego, которое «портит» им жизнь и снижает ее качество, на сеансах группового воздействия понимают, что это характерно не только для них, но и для всех тех, кто присутствует в группе. Осознание факта наличия общей проблемы нивелирует часть комплекса неполноценности.

Психоанализ помогает вывести на уровень осознания имеющиеся проблемы. Но что делать после осознания? Избавление предполагает формирование нового стиля поведения и укрепление веры в себя.

Возможны ситуации, при которой включение superego может спровоцировать возникновение необычных явлений. Например, в случае функционирования, направленного на получение удовольствия, создается определенный фон, который, прорываясь в ego, (а оно уже готово осуществить реализацию бессознательных интенций), создает очаг повышенного настроения. Однако образ, который возникает при этом, (его содержание определяет superego), приводит к возникновению противоречия между требованиями superego и состоянием, которое частично прорвалось в ego.

Клиника такого состояния характерна для *ипохондрической эйфории.* Обычно ипохондрические представления сочетаются с повышенным настроением. При ипохондрической эйфории таким образом возникает амбивалентность. С одной стороны, налицо ипохондрические представления, в рамках которых пациент заявляет о том, что он болен неизлечимой болезнью, которая в скором времени обязательно закончится смертью, а с другой, - в ткань его настроения вплетаются эпизоды эйфории.

В таком случае объективно диагностируется борьба двух противоположных состояний. Беседа с таким человеком на темы, касающиеся состояния его здоровья, приводит к ухудшению его настроения и жалобам на плохой внешний вид, нездоровый цвет лица, круги под глазами и пр. «Ну, разве я могу хорошо себя чувствовать?» - заявляет такой больной. Если же он предоставлен сам себе, его состояние сменяется веселостью. На вопрос о причинах веселого настроения, которое явно не вяжется с утверждением о наличии неизлечимой болезни, он, как правило, отвечает фразой, которая напоминает юмор висельника: «Жить все равно осталось не долго, так зачем печалиться?».

Положение Freud'а о том, что superego является *«наследником» Эдипального комплекса,* подвергается критике со времени появления работ Melanie Klein (1933). Приводились данные о появлении superego в более раннем, доэдипальном периоде развития ребенка (Ferenczi, (1925), Spitz (1958) и др. По мнению последователей Melanie Klein, superego существует, начиная с оральной стадии и связано с интроекцией «хороших» и «плохих» объектов.

Согласно наблюдениям Klein, дети уже очень раннего возраста в периодически возникающих ситуациях отказа и пренебрежения испытывают сильное чувство *тревоги, вызванное их агрессивными фантазиями и злостью по отношению к родителям.* Ребенок проявляет свою злость криком и плачем, если родители, например, заняты друг другом, смеются, что-то обсуждают, а тем более проявляют ласку и сексуальную активность. Плач и крик являются фактически единственным способом обращения на себя внимания. Если в воображении ребенка возникает представление, что эти эмоциональные проявления способны не только привлечь к себе внимание, но и как-то навредить родителям, то вслед за такой фантазией возникает страх того, что он действительно сделал что-то плохое, и его ждет расплата. Приступы злости по отношению к родителям формируют у ребенка чувства *вины и грусти*. Эти чувства, наряду со страхом наказания, оценивались Klein (1932) как *начальные проявления детского superego.* Как только ребенок начинает

понимать, что он не только любит, но и одновременно ненавидит родителей, (поскольку они его порою покидают), он начинает испытывать негативные чувства вины и грусти по поводу своих отрицательных реакций). Klein называла такое состояние «депрессивной позицией».

Следуя логике своих рассуждений о формировании superego, Freud столкнулся с *проблемой развития superego в зависимости от пола ребенка.* Он пришел к заключению, что superego мальчика более строго, поскольку в данном случае уход от инцестных желаний основывается на страхе кастрации. У девочек имеет место комплекс уже *совершившейся кастрации*, В этих условиях формирование superego должно страдать; оно не в состоянии достичь силы и независимости, которые дают ему культуральное значение (Freud,1933).

Точка зрения о менее совершенном «слабом» superego у лиц женского пола носит дискриминационный характер и подвергается критике (Mabry, 1993; Greenberg, Fisher, 1983 и др.). Так, Greenberg и Fisher (1983) установили, что женщины не относятся к своему телу более негативно, чем мужчины. Сравнения, проведенные Mabry (1993), показывают, что женщины набирают больший, чем мужчины, скоринг по уровню развития superego.

Большой вклад в изучение проблемы формирования superego внес Brenner (1980), который подчеркивал, что в образовании этой психической структуры принимает участие не только страх. На значение страха в развитии superego обращал внимание Freud, описывая присущий ребенку страх понести наказание за инцестуозные мысли в виде страха кастрации со стороны отца. Для мальчиков *страх кастрации является ведущим психологическим механизмом формирования* superego, о чем, помимо Freud'а, упоминают и другие авторы.

По мнению Brenner, в число эмоций, участвующих в образовании superego, входит не только страх, но и *депрессивный аффект*. В классическом психоанализе нет упоминания об этом аффекте.

На основании опыта психоаналитической коррекции мы пришли заключению, что на формирование superego влияют не только депрессия, но и такие эмоции, как *скорбь и чувство унижения.*

Известно, что в Эдипальном периоде у ребенка появляются инцестуозные мысли, иногда содержащие в себе желание смерти родителя. Появление этих мыслей вызывает не только страх кастрации, но и ряд других эмоциональных состояний. Если кто-то из родителей, например, мать, временно покидает ребенка (уходит на работу, уезжает в командировку и пр.) на более или менее длительное, не привычное для ребенка время, он воспринимает это событие как потерю матери. Его нерациональное мышление, характерное для первичного процесса, подсказывает, что он потерял мать потому, что несет наказание за совершенный им когда-то проступок. Это наказание психоанализ определяет как *потерю объекта*.

Интересно, что мысли о потере объекта могут быть не связаны с инцестуальными переживаниями. Они возникают у ребенка значительно раньше, ещё до Эдипального периода, когда он поступает не так, как от него требуют взрослые. Любое отсутствие родителей может восприниматься как потеря объекта, которая приводит к сниженному настроению, имеющему самые разнообразные оттенки и, прежде всего, оттенок скорби.

По мере дальнейшего развития ребенок может испытывать отрицательные эмоции не только во время отсутствия родителей, но и тогда когда, например, мать изменяет к нему свое отношение, становится менее эмпатичной, менее внимательной, менее реактивной, менее эмоциональной. Ребенок воспринимает перемены очень тонко на уровне интуиции и переживает потерю не только объекта, но и любви объекта. Ему кажется, что мать, как важный для него объект, перестала его любить. *Потеря любви объекта* вызывает развитие разных эмоциональных состояний: депрессии, скорби, вины и стыда. Ребенок испытывает чувство вины за совершение негативного поступка. «Я

виноват потому, что я сделал это», - думает он. Возникшее чувство стыда имеет отношение не к конкретному действию, а связано с отрицательным отношением к себе («Я плохая. А раз я плохая, то я не могу сделать ничего хорошего, т.к. у меня есть только один выбор»). Наряду с вышеперечисленными переживаниями, возможно появление чувства унижения.

Следовательно, аффекты, которые формируют superego, включают не только страх. Ведущими п*сихологическими механизмами формирования* superego являются:

1. Страх (кастрации, потери объекта, потери любви, покинутости).
2. Депрессивные аффекты.
3. Скорбь.
4. Чувство унижения.

Представления, сопровождающие эти негативные аффекты, отражают фабулы типичных ситуаций опасности в детстве. Страх потери любви и страх потери объекта тесно связаны со страхом покинутости. Этот страх часто диагностируется у взрослых людей при различных состояниях, например, он возникает у зависимых людей. В DSM-IV (кластер С) выделяется зависимое личностное расстройство, основным признаком которого является страх покинутости. Все, что люди, страдающие этим нарушением, делают или не делают, в той или иной мере связано со страхом покинутости. Они не принимают не только сложных экзистенциальных, но и самых простых решений потому, что не уверены в себе и думают, что, если они сделают что-то по-своему, это может не соответствовать ожиданиям человека, от которого они зависят. В качестве наказания их обязательно покинут.

Страх покинутости встречается у лиц, страдающих некоторыми формами нехимических аддикций (любовная аддикция, аддикция избегания). Значение влияния среды, к сожалению, недоучитывается и при химических аддикциях. Человек стремится попасть в аддиктивное «братство» и совместно с его членами испытать комплекс приятных переживаний, которые он не может ощутить в одиночестве. Он боится быть выброшенным из этого общества. Из-за страха быть покинутой/покинутым люди совершают поступки, которые объективно им вредят и мешают создавать постоянные отношения с достойным партнером.

Психологические механизмы формирования superego могут сочетаться, между ними возникает определенная последовательность. Например, возникающий страх может вызвать депрессивный аффект. Человек, охваченный страхом покинутости, впадает в депрессию, испытывает чувство угнетенности и сниженное настроение. Принятие этого факта как свершившегося сможет вызывать эмоцию скорби. Депрессивные реакции и эмоция скорби провоцируют появление чувства униженния.

Таким образом, формирование superego, очевидно, происходит не только в Эдипальном, но и в преэдипальном периоде. Это *компромиссное* образование является результатом взаимодействия производных драйвов.

На образование superego оказывает непосредственное воздействие характер семьи и семейные традиции. Они передаются из поколения в поколение и выражаются в том или ином стиле воспитания, который, как правило, отражает стратегию воспитания, свойственную предшествующей генерации. Акцептируемые семьей правила поведения влияют на детей прямым или косвенным образом. Этот процесс начинается очень рано и тянется на протяжении многих лет. В случае временного отсутствия родителей (командировка, длительное лечение, отдых и пр.) их заменяют ближайшие родственники или близкие, которые привносят в общение с ребенком нечто новое и тем самым способствуют формированию других образов и представлений.

Венгерский психоаналитик Ferenczi (1925) считал, что образование superego начинается рано и совпадает с периодом обучения ребенка туалету. Согласно Hartmann (1946) с соавт., этот процесс продолжается до начала подросткового периода. На основании этого можно предположить, что, несмотря на то, что формирование superego

начинается до наступления Эдипального периода, а заканчивается значительно позже него, конфликты наиболее раннего периода имеют большое значение в формировании superego. Содержание страхов и депрессивных состояний отражают типичные ситуации, с которыми ребенок сталкивается в детстве. Наряду с переживаемым ребенком страхом кастрации, большое значение в развитии негативных эмоциональных состояний имеет страх *потери объекта и его любви*. Конфликты и связанные с ними отрицательные эмоции носят волнообразный характер, вызванный сменой ситуаций.

Понимание ребенком того, что далеко не всегда он может быть наказан, позволяет создавать в воображении сексуальные и/или агрессивные образы по отношению к родителям, оставаясь при этом в зоне безопасности. Эта психическая деятельность на каком-то периоде может не сопровождаться *страхом, депрессивным аффектом и самоуничижением.* В другом периоде эти же образы могут вызывать отрицательный эффект. Механизм, очевидно, принимает участие в формировании разграничения «хорошего» от «плохого». Самоосуждение, которое возникает у ребенка при мысли о том, что он что- то нарушил, приводит к снижению самооценки, к ощущению вины, нарушению внутреннего табу.

Различные совпадения и «наложения» одного события на другое могут отягощать переживания. Например, у ребенка возникли агрессивные представления в отношении отца. В это время оба родителя уехали и оставили его на попечение другого взрослого человека. Ребенок может воспринимать ситуацию как свершившееся наказание, в виде оставления его. У него, помимо страха, могут возникнуть депрессия и тревога: «Что будет со мной дальше? Как я смогу прожить без родительской любви и без их физического присутствия?».

Фантазии ребенка в этот период носят не только проблемный, но и продуктивный характер. Это могут быть мечты, связанные со стремлением удовлетворить свои амбиции, с желаниями быть похожим на кого-то из родителей, приобрести профессию и пр. Мечты одновременно могут сочетаться с Эдипальными фантазиями. Ряд психических явлений, которые происходят в это время, повторяются в последующие периоды жизни в сновидениях и не вполне осознанных желаниях по отношению к другим людям. Они могут накладывать отпечаток на межличностные контакты, выбор знакомых, партнеров, и т. д.

Hartmann (1946) определял superego как «каждый аспект психических содержаний (событий), который имеет дело с моралью». Чтобы использовать это определение в отношении к ребенку нужно понимать, что испытывает ребенок в каждом возрастном и особенно постэдипальном периоде, когда superego достигает наибольшего развития.

Мораль ребенка имеет свои особенности. Классические психоаналитики подчеркивают, что для ребенка мораль связана с содержаниями мышления, чувствования и поведения, способными избавить его от катастрофы наказания. Возможность наказания ребенок связывает с потерей объекта, потерей любви объекта и страхом кастрации. В связи с этим у него возникают вопросы, связанные с тем, как вести себя так, чтобы быть признанным родителями, не потерять их любовь и не провоцировать их злость и гнев. Ответы на эти вопросы являются основополагающими в принятии решений в отношении дифференциации плохих и хороших мыслей, действий, желаний, а также телесных ощущений, в зависимости от того, какую реакцию все это вызывает у родителей. Ребенок оценивает моральность или аморальность поступков на неосознаваемом уровне. Этот аспект имеет для ребенка очень большое значение. В то же время нужно иметь в виду важность для ребенка не только переживания наказания как такового, но и значение самого наказания в более широком метафорическом или магическом аспекте.

Образование superego только частично связано с родительской дисциплиной. То, что, по мнению ребенка, заслуживает наказания, не полностью определяется поведением родителей в отношении к нему. На развитие морали оказывают серьезное влияние не только *сексуальный, аутодеструктивный драйвы и инстинкт самосохранения, но и*

религиозное чувство. Исследование переживаний детей выявило, что дети испытывают чувство вины даже тогда, когда родители не обращают особого внимания на их неправильное поведение и относятся к нему снисходительно. Иногда это выражается в том, что дети не думают о прямом наказании, но боятся наказания косвенного. Например, они думают, что будут наказаны тем, что заболеют или с ними случится что-нибудь неприятное.

Если они на самом деле заболевают, то воспринимают это как наказание за плохие поступки. Иногда они считают наказание заслуженным искуплением. Своей болезнью они как бы искупают вину.

Подобные чувства встречаются и у взрослых. Одна из наших пациенток рассказывала, что, если она в течение более или менее длительного периода времени ничем не болеет, это вызывает у нее сильную реакцию страха, т.к. в детстве и в настоящем времени она ведет себя не всегда «правильно» и поэтому должна быть наказана и болезнь (простуда, грипп, радикулит) являются таким сравнительно терпимым наказанием. Если же она долго ничем не болеет, то наказание будет более серьезным. Активизация психосоматических механизмов приводила к снижению сопротивляемости и возникновению болезней. Пациентка получала большое удовлетворение в связи с осознанием того, что своей болезнью она уже «заплатила по счету» и ничего более страшного в её жизни не произойдет.

Встречаются пациенты, которые оценивают свои неудачи, невезение и несчастные случаи как наказание за нарушение определенного запрета.

Таким образом, мысли о наказании выходят за пределы отношений с родителями и включают в себя более обширный диапазон переживаний.

Характер superego во многом зависит от особенностей семьи и от жесткости воспитания. Очень жесткое воспитание приводит к формированию ригидного superego, хотя и в таком варианте возможны реакции протеста. Дисциплина, соблюдения которой требуют родители, является не единственным фактором формирования superego. Имеют значение и такие составляющие, как особенности восприятия ребенком событий окружающего мира, его отношение к тому, о чем говорится в семье, реакции родителей на события и характер их переживаний.

Во время психоаналитических сеансов многие пациенты вспоминают давно забытые моменты жизни. Так, например, одна из пациенток рассказывала о том, что ее мать всегда была веселой и заражала хорошим настроением окружающих. «Но я знала, - говорила она, - что здесь что-то не так, потому, что я слышала как мать, находясь наедине с собой, плачет. Когда я подходила к ней, она старалась взять себя в руки и делала вид, что ничего не произошло». Такое поведение родителей провоцирует появление у ребенка ряда построений, которыми он/она пытаются объяснить происходящее и найти причину в себе. Со свойственным ему иррациональным чувством ответственности ребенок считает себя причиной наступления тех или иных событий. Он думает, что его плохое поведение приводит к страданиям родителей и испытывает чувство вины.

Сформированная в детстве трактовка событий сохраняется во взрослом периоде жизни. У человека возникают чувства, что все, происходящее вокруг него, имеет к нему прямое отношение: это он своими плохими мыслями о ком-то провоцирует какие-то события. Развиваются нарушения мышления, причины которых заключены в раннем возрасте посредством ранних фиксаций переживаний формирующимся superego.

Далеко не всегда содержания superego осознаются. Многое уходит в бессознательное. Superego имеет корни в коллективном бессознательном. Аналитическая психология Jung'а не содержит упоминаний о superego, поскольку эта часть психической структуры не входила в сферу интересов ученого. Попытка проанализировать superego с точки зрения аналитической психологии обнаруживает его связь с архетипом религиозного чувства.

Ни ребенок, ни взрослый не может полностью вербализовать свои переживания в отношении superego. Если он и начнет определять что-то словами, это будет только фрагмент истины. Большая её часть остается скрытой. Человек, например, знает, что так поступать нельзя, но объяснить причины запрета он вряд ли сможет и захочет.

Нарушение правил superego приводит к развитию дезинтегрирующих психическую деятельность состояний. Человек нарушает какой-то запрет, возникают страх наказания и депрессия, которые выходят за рамки рациональных объяснений. Это могут быть ощущения катастрофы, чувство того, что все пропало, все разрушено и непоправимо, что будущее отсутствует. Возникшее чувство Вины, превышающее порог переносимости, может приводить к самоубийству.

На формирование superego оказывает большое влияние *идентификация с родительским* superego, когда ребенок пытается оценивать ситуацию с моральной стороны так, как оценили бы её родители. Речь идет как о реальных, так и придуманных ребенком родительских запретах, которых на самом деле не существует. В процессе идентификации с родительским superego ребенок интернализирует его запрещающую и неодобряющую часть. Он дисциплинирует себя, «награждает» соответствующими эпитетами, что может иметь неблагоприятные последствия. Динамика происходящего выглядит так. С одной стороны, идентификация позволяет подавлять драйвы и противодействовать им, а, с другой, - усиливаются депрессия и страх, т.к. ребенку кажется, что он вытесняет неприемлемый материал недостаточно хорошо. Самооценка падает, появляются ярость и злость по отношению к себе.

В формировании superego участвует и *аутодеструктивный драйв*. Поскольку Freud начал уделять внимание этому драйву только в последних своих работах, его значение в развитии superego отражено мало. Одной из характеристик аутодеструктивного драйва является агрессивность. С агрессией связаны мысли о собственной вине, т.к. вслед за агрессивными образами и чувствами наступает период раскаяния. Этот период сочетается с появлением отрицательной самооценки, самоуничижения, депрессии и ярости к себе. В связи с этими содержаниями возникают мысли о наказании себя за неприемлемые и противоречащие морально-этическим нормам суждения, умозаключения и содержания воображения.

Компенсацией «крамольных» мыслей могут быть перфекционизм, усердие, точность в выполнении большого количества заданий, стремление к сверхответственности, выраженное не только в мыслях, но и действиях. Сверхответственность может стать навязчивой. Её обладателю будет казаться, что все, что он сделал, он сделал недостаточно хорошо. Можно было бы сделать ещё лучше и больше. Он сделал мало потому, что ленив и недостаточно усерден.

Самообвинения не имеют конца. Их подпитывает *комплекс сверхответственности,* который имеет самые разнообразные выражения. Человек берет на себя ответственность за тех, кто его окружает. Считает, что с ними происходит что-то плохое (неудача, болезнь, плохое настроение др.) потому, что он «недостаточно постарался». «Если бы я приложил/а усилия, этого бы не случилось, - думает он или она, - собственное чувство вины я могу компенсировать только ещё большим усердием». Развивается неудовлетворенность собой. Тем более, что жизнь складывается так, что ответственность, взятая на себя за другого взрослого человека, по сути дела не реализуется. Человек, желающий отвечать за других, обрекает себя на поражение, поскольку он не знает, что на самом деле нужно этим другим. Ему только кажется, что он знает их устремления, эмоции, мотивации, интенции и т. д. В действительности же он рассматривает эти психические свойства и состояния в рамках созданной им самим упрощенной модели.

В случае формирования superego в патологических условиях может развиться *мазохистический комплекс* - стремление причинять себе вред, мучить себя. Проявления комплекса принимают разное выражение. Человек может идти по пути самоограничений,

которые выходят за пределы реальной действительности и уже не соответствуют ego - функции. Обладатель комплекса начинает делать то, что вредно для ego. Если он накладывает на себя эпитимию, то последняя может быть настолько тяжелой, что нарушает функцию ego. Например, ограничения в еде в рамках поста до определенного уровня полезны. Однако, за пределами этого уровня они наносят вред, а остановиться такой человек не может. Он придает необходимости ограничений сверхзначение, которое входит в противоречие с реальными потребностями. В дальнейшем процесс принимает автоматический характер, его не в состоянии остановить, что приводит к физическому истощению. Так выглядит один из механизмов патологического голодания.

Человек может лишать себя удовольствий, полагая, что он не имеет морального права себе их позволить. Следствием подобного избегания является изоляция от окружающего мира. Жизненным кредо становится старый протестантский подход: «работай и молись». Как правило, моральный долг включает не только следование такому образу жизни, но и «образовывание» в этом духе других. Провал «воспитательной» стратегии сопровождается чувством вины и мыслями о том, что другие не сделали так, как нужно потому, что она\он не сумели обучить их этому. Вышеприведенные примеры отражают варианты функционирования *жесткого* superego.

Другой вариант развития характеризуется вседозволенностью, при которой разрешается всё. Superego ребенка представлено очень слабо и не развивается в полной мере. Так бывает, например, у детей, которые воспитываются в обстановке детского дома. У них могут присутствовать в основном ограничения, связанные с ego. В реальной жизни они проявляются следующими фразами: “Если я сделаю это, меня накажут, поэтому мне надо быть осторожным». Подобное мышление способствует формированию антисоциальных установок.

Слабое superego в значительной степени не ограничивает и не контролирует ego и id. Создаются условия, при которых контроля только со стороны ego оказывается недостаточно. Импульсы, поступающие из id, обладают такой энергетической силой, что слабые ego и superego не справляются со своей функцией. Это выражается в том, что человек начинает действовать с учетом только одного принципа: будет он немедленно наказан или нет. Индивидуум, действующий с оглядкой только на наказание, будет часто совершать различные нарушения, поскольку он может не видеть и не раздумывать о наказании в ближайшем будущем. Одним из примеров такого подхода является поведение лиц с антисоциальным и другими личностными расстройствами, при котором действия совершаются по механизму получения немедленного удовольствия. О неминуемом, но отсроченном наказании в этот момент не раздумывают. Такой примитивный гедонистический подход характерен для всех личностных расстройств кластера В в DSM-IV (антисоциального, пограничного, нарциссического и гистрионического). Для любого из этих нарушений характерно то, что возникшее желание реализуется, несмотря на лонгитюдные отрицательные последствия. Слабые ego и superego не в силах сдержать большое количество бессознательных импульсов. Отсюда появление *импульсивности*, во время которой человек начинает делать то, чего от него никто не ожидал не только с моральной, но и рациональной точек зрения.

Импульсивность проявляется по-разному в рамках каждого из личностных нарушений. Она более представлена при пограничном личностном расстройстве и более замаскирована при нарциссическом и гистрионическом. Пациент с нарциссическим расстройством часто не в состоянии подавить реакцию ярости в ответ на критику в его адрес. Ярость охватывает его, даже если она\он внешне этого не проявляют, поскольку ego не может справиться с возложенными на него функциями.

В условиях расстройств психотического уровня патологически болезненное superego может проецироваться на другого человека и восприниматься как находящееся в нем. Например: «мой отец ненавидит меня за недостаточное послушание, он очень суров

и хочет, чтобы я серьезно переживал»; «я вызываю отвращение у моих знакомых потому, что недостаточно слежу за своим внешним видом».

Roth (2001) пишет, что «иногда люди могут становиться почти параноидными в качестве защиты по отношению к их собственной неосознанной вине».

Во многих случаях человек воздерживается от какой-то желаемой им активности или, наоборот, делает что-то нежелательное по непонятным для него причинам. Это бывает связано с бессознательным влиянием superego, которое вторгается в сферу эмоций, желаний и определяет поведение.

Что касается сознательной части superego, то Freud (1923) описывал ее как психическую структуру, отделенную от ego, и, по-видимому, доминирующую над ним: «мы видим, как …одна часть его устанавливает себя против другой, критически осуждает ее, и, как это бывает, рассматривает ее в качестве своего объекта».

Таким образом, superego является, с одной стороны, частью сознательной, а, с другой, - частью бессознательной психики. Одним из примеров функционирования бессознательного superego является появление у пациентов психологического дискомфорта, тревоги или депрессии, основанных на чувстве вины, после исчезновения беспокоящих их ранее болезненных симптомов. Эти пациенты как бы испытывают вину за то, что выздоровели и таким образом не были достаточно наказаны болезнью, которая бессознательно воспринималась ими как искупление своих «прегрешений» в прошлом.

Superego обладает способностью продуцировать вину и создавать тем самым трудно вербализуемые эмоционально неприятные психические состояния протрагированного характера, омрачая жизнь и снижая ее качество.

В то же время superego помогает человеку придерживаться основных законов и правил общества, сохранять определенный социальный порядок. Причем, в отличие от ego, функционирующему по принципу реальности (нельзя нарушать закон т.к. это наказуемо), опирается на чувство вины, не зависимо от того, приведет ли это нарушение закона к наказанию или нет.

Лица со слабо развитой функцией superego способны совершать преступления и не чувствовать себя виновными. Люди с развитым superego могут чувствовать себя виновными при появлении одной лишь мысли или фантазии на тему о нарушении морали или закона. Иногда такое чувство вины носит бессознательный характер, локализуясь в области пресознания (области, из которой материал без особого напряжения переводится в сферу сознания) или в бессознательном.

В связи с этим следует подчеркнуть, что чувство вины может быть деструктивным, навязчивым, непереносимым. Для избавления от этого чувства используются психологические защиты отрицания или проекции с обвинениями, направленными против других.

В психотических состояниях чувство вины может приводить к аутоагрессии (нанесению самоповреждений, самоубийству, агрессии, направленной против других людей, на которых произошла проекция вины). Анализ различных вариантов депрессивных состояний позволяет выделять чувство вины, наряду со сниженным настроением, в качестве основного признака болезни.

Согласно теории психоанализа, superego формируется в ранний период жизни в результате того, что дети усваивают (интроецируют) родительские запреты и идентифицируют себя с ними. Дети воспринимают интроецированные оценки родителей в качестве внутренних авторитетов, направляющих их на совершение каких-то активностей или запрещающих какие-то действия. Иногда это выражается в том, что дети начинают разговаривать как взрослые, с соответствующей мимикой, жестами и интонациями. Возможен пугающий тон в обращении к другому ребенку, на отношения с которым временно проецируется интроецированное родительское superego. Формирующееся superego может проецироваться на воображаемые персонажи и на часть себя. В последнем случае ребенок обращается к себе в третьем лице.

Freud (1927) считал, что соответствующее морали (superego) поведение основывается, прежде всего, на страхе, развиваясь на основе родительского запугивания.

Вопрос об источнике морального поведения носит экзистенциальный характер и выходит за пределы психоаналитических трактовок. Почему человек ведет себя в соответствии с канонами добра? Только ли потому, что он сознательно или бессознательно боится расплаты за плохое поведение? Очевидно, это связано с проявлением определенного, биологически заложенного потенциала к совершению «хороших» поступков, проявлению сострадания, заботы, сопереживания с другими людьми.

Freud, выделяя ауто-гетеродеструктивный драйв, противопоставлял его либидо, понимая под которым сексуальную энергию. Такое противопоставление, с нашей точки зрения, не совсем корректно, поскольку в одном случае речь идет об агрессии, общем стремлении к разрушению, направленному внутрь или во вне, а, в другом, - только о сексуальном влечении, которое, очевидно, не может быть полностью идентифицировано с общей витальностью, инстинктом самосохранения и, тем более, с исходно бескорыстным отношением к другим людям. Во всяком случае положение о том, что superego формируется исключительно под влиянием страха наказания, представляется упрощенным. Это один из примеров объяснения сложных психических состояний с использованием редукционистских бихевиористской или условно рефлекторной моделей. Проявления внимания, любви, заботы и самопожертвования могут, естественно, формироваться на основе интернализации подобных качеств родителей, что, однако, не дает окончательного ответа на вопрос о природе их возникновения, а лишь отодвигает его в бесконечность предшествующих поколений и выходит тем самым на определение природы человека, его экзистенциальных свойств.

Утверждению о непосредственной связи superego со страхом наказания противоречит также известный факт, что формирование жесткого superego у ребенка далеко не всегда связано с наказательным типом воспитания, физическими наказаниями и запугиваниями. Такие формы воспитания наоборот стимулируют развитие бессознательной агрессии в результате интернализации поведения родителей.

Как уже упоминалось, superego и особенно его бессознательная часть, способны вызывать чувство вины. Чувство вины, которое сформировалось по этому механизму, имеет двухуровневую структуру: сознательную и бессознательную части. Бессознательная часть чувства вины оказывает скрытое, но очень сильное влияние на поведение человека, подавляя его активность, лишая возможности получения удовольствия, в том числе и сексуального. Бессознательная вина может трансформироваться, вызывать появление различных симптомов: депрессии, усталости, апатии, подавленности, бессонницы, или, наоборот, сонливости и чувства бессмысленности жизни. Чувство вины по механизмам активации аутодеструктивного драйва способно приводить к рискованному для жизни поведению и различным формам лихорадочной активности.

Механизмы психологической защиты, участвующие в формировании superego

Выделяют следующие механизмы психологической защиты, принимающие участие в образовании superego:

1.Идентификация:

а) идентификация с родителем. Слишком сильная идентификация может мешать развитию самостоятельности и идентичности ребенка;

б) идентификация с агрессором (Стокгольмский синдром).

Spitz (1958) считает, что в раннем superego представляется возможным выделить три компонента:

- навязанные физические действия;

- попытки овладеть жестами посредством идентификации;
- идентификация с агрессором.

Автор придает идентификации наибольшее значение в формировании раннего superego. Речь идет, прежде всего, об идентификации ребенка с частью родительской психической организации. Superego ребенка при этом следует, очевидно, считать результатом его идентификации не с родителями как таковыми, а с их superego. Повторяя родительское superego, формирующееся детское superego сохраняет традиционную систему ценностей, которая, таким образом, передается из поколения в поколение во все менее приемлемой форме. Этот вариант развития оказывается во многом несоответствующим современной культуре. Он создает ряд адаптационных проблем для лиц, получивших традиционное, мало изменившееся за более чем вековой период, воспитание.

2.*Интенсификация любви в отношении того из родителей, по отношению к которому возникали агрессивные намерения* (формирование реакции).

Ребенок старается полюбить родителя, по отношению к которому у него возникали агрессивные импульсы. Отрицательное отношение, например, к отцу, которое в экстремальном виде проявлялось как ненависть и желание его смерти, постепенно превращается в любовь. Таковы проявления защитного механизма «формирования реакции», при котором одно чувство заменяется на противоположное. Механизм «формирования реакции» можно видеть в поведении взрослых людей, но начало его формирования происходит в детстве как защитная форма поведения.

3.*Замещение генитальных желаний оральными или анальными.*

Некоторые психоаналитики считают, что защита сексуальных желаний может происходить путем замещения генитальных желаний оральными или анальными, т.е. уходом на более ранние стадии развития детского эротизма.

4.*Подчинение.* Защитным механизмом ребенка как способом поведения по отношению к родителям является подчинение. Выполнение любого желания родителей является источником, из которого в дальнейшем развивается субмиссивное (подчиняемое) поведение. Оно характеризуется тем, что человек выполняет желания других, позволяя им манипулировать собой, не сопротивляясь этой манипуляции.

Подчинение отличается от зависимости тем, что при зависимости есть страх покидания, а при подчинении он может отсутствовать. Подчинение связано с механизмами, вынуждающими человека думать следующим образом: «Я сделаю так для того, чтобы ничего плохого со мной не произошло, чтобы меня не осудили, чтобы ко мне не относились плохо, чтобы мне не испортить отношений ни с кем. Я буду делать так, несмотря на то, что мне это не нравится, но я не хочу, чтобы меня обвинили в недостаточной чуткости». Т.е. в процессе формирования superego у ребенка закладывается убежденность в том, что для него наиболее важно быть признанным и любимым родителями. *Таким образом, идентификация с родительским superego или идентификация с агрессором являются не единственным путем формирования superego. В этом процессе участвуют формирование реакции, усиленная любовь, уход от генитальных желаний на оральный или анальный уровень и подчинение.*

ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНЫЙ ПРОЦЕССЫ

Freud (1933) относил первичный процесс к психической активности, основанной на фантазировании и мышлении по желанию, и противопоставлял первичный процесс вторичному процессу, базирующемуся на целенаправленной деятельности и логическом мышлении («мышлении высшего порядка»). Вторичный процесс генерирует усиление

формирования ego, обусловливает возможность сознательного и реалистического подхода к создаваемым id фантазиям.

Термин первичный процесс, по существу, употребляется с двумя несколько различными значениями:

1) в качестве объяснительной концепции во Фрейдистской метапсихологии и теории искажения сновидений, возникновения болезненных симптомов;
2) как описательная концепция.

В то время как первое значение во многом потеряло свою популярность, второе широко используется в психоанализе. Первичный процесс доминирует над многими психическими функциями, участвует в процессе невербальной и аффективной коммуникации, формировании аффективных симптомов. Исследования Suler'а (1980) обнаруживают «центральную вовлеченность первичного процесса в творческую активность».

Freud (1940) считал, что первичный процесс локализован в id и, в отличие от ego, отделен от всяких отношений со внешним миром. Согласно Freud'у, принцип удовольствия регулируется первичным процессом, который непосредственно связан с сексуальным и агрессивным драйвами. Freud писал: «Мы обнаружили, что процессы в бессознательном или в id подчиняются другим законам, отличающимся от таковых в пресознательном ego. Мы называем эти законы в их тотальности «первичным процессом», который управляет ходом событий в пресознании, в ego» (p.164).

В последующем было показано, что первичный процесс не ограничивается id и не является изолированным от взаимодействий с окружающим миром. Первичный процесс участвует в бессознательном анализе восприятия и взаимодействия с миром. Анализируя значение этих взаимодействий, «первичный процесс представляет эти значения в таких «продуктах», как аффекты, нарративы, метафоры, имиджи и невербальные коммуникации» (Dorpat, Miller, 1992).

Ряд авторов подвергает критике положение Freud'a о том, что первичный процесс представляет собой архаический остаток инфантильного нарциcстического периода и не изменяется в течение жизни под влиянием обучения, усвоения новой информации (Noy, 1979; Fast,1985; Langs,1986 и др.).

Первичный процесс регулируется не исключительно сексуальными и агрессивными импульсами, а связан с рядом других функций. Первичный и вторичный процессы могут быть представлены в виде двух относительно независимых систем восприятия, анализа, обработки и накопления информации (Rogers, 1980).

Согласно концепции Dorpat'a, (1992) одной из основных функций первичного процесса является «бессознательный анализ значений». Система первичного процесса автоматически производит оценку непосредственно происходящих self-отношений, складывающихся в процессе межличностного общения.

По убеждению Dorpat'a, производные первичного процесса- метафоры, имиджи, невербальная коммуникация, происходящая в сновидениях и снах наяву, не «выводятся» из бессознательных воспоминаний и фантазий. Они являются результатом процесса бессознательного анализа значений тех явлений, с которыми индивидуум встречается и которые он бессознательно оценивает. Таким образом, оценка и репрезентация значений происходит как на сознательном, так и на бессознательном уровнях.

Dorpat считает, что бессознательный анализ значений способствует осуществлению ряда важных психических функций. С ним связана автоматическая активация определенных паттернов поведения, активностей, направленных на сохранение психического равновесия, защиту от агрессии. Автоматическое «включение» аффективных реакций и вербальных компонентов происходит с характерной динамикой и не осознается человеком.

Dorpat возражает против использования термина «дериваты первичного процесса», в связи с исходным отрицанием наличия бессознательных фантазий и бессознательных воспоминаний. Кроме того, автор отвергает существование искажения первичного процесса на уровне сознания, поскольку искажающие механизмы перемещения и конденсации имеют место до того, как они достигнут сознания в виде манифестного содержания.

Психические операции бессознательного анализа значений включают приобретенные в результате обучения навыки, которые после их более или менее длительного практического применения становятся автоматическими и бессознательными, выходя из зоны их интроспективного осознания. В то же время, как указывают Kihlstrom (1987) и другие когнитивные психологи, анализ значений может осуществляться на основе информации, не доступной осознанию. В этих случаях происходит процесс бессознательного усвоения информации и значений. Таким образом, когнитивная активность может осуществляться вне осознания на бессознательном уровне. На бессознательный уровень «спускаются» приобретенные в процессе обучения навыки, о чем свидетельствует, например, невозможность описать музыкальные или спортивные навыки, рассказать об их «содержании» другим людям. Сознательная концентрация на навыках, осуществляемых автоматически, мешает их выполнению.

Положение о когниции на уровне первичного процесса имеет непосредственное значение в практике психоаналитической терапии, так как пациенты находятся в состоянии бессознательной коммуникации с психоаналитиками, постоянно развивая в основном эту сторону контакта.

Dorpat приходит к заключению, что, к сожалению, многие профессионалы в области психоанализа не уделяют должного внимания бессознательному анализу значений, интерпретируя исключительно то, что происходит на уровне сознания.

В качестве иллюстрации недостаточности такого подхода автором приводится клинический пример, описанный и интерпретированный в соответствии с классическими психоаналитическими канонами Dewald'ом (1972):

Пациентка: «Я хотела понравиться ему (Харрису), поэтому старалась действовать находчиво, женственно, жеманно и располагающе. Я подавляла свою враждебность по отношению к нему. Но я знаю, что вы видите меня насквозь, так что Вы разгадаете мою тактику и я не смогу скрыть истинные намерения своих действий».

Аналитик: «Что вам приходит на ум, когда вы хотите что-то скрыть?».

Пациентка: « Я могла бы сделать Харриса таким, как я хочу, но с Вами я этого сделать не могу, и поэтому даже не буду пытаться. Я знаю, что не смогу. Я чувствую враждебность по отношению к Вам, и не понимаю, что я собираюсь сделать».

Аналитик: «Я думаю, что в действительности Вы понимаете, что вы собираетесь делать здесь в процессе анализа, но вы не можете в это поверить».

Пациентка: (после минутной паузы) «Я действительно этого не понимаю. Как-то мы вроде и не собираемся обсуждать что-либо, и создается впечатление, как будто я только одна и разговариваю». (Двухминутная пауза). «Я думаю о Харрисе и о том, как он всегда поддерживал меня. Но как-то мы никогда не говорили обо мне». (Минутная пауза). «Не знаю почему, но я ощущала тревогу весь день».

Аналитик: «Давайте посмотрим, что представляют собой Ваши ассоциации без каких-либо выводов».

Пациентка: «Я чувствую, что кто-то старается одолеть меня, как будто они стараются…»

Аналитик: «О чем это вы боитесь сказать?».

Пациентка: «Как будто Вы стараетесь усесться на мне и раздавить меня».

Аналитик: «Я думаю, что это один из ваших страхов, связанный с началом анализа. Вы опасаетесь того, что Вы поддадитесь моей силе и станете беспомощной».

Комментируя этот пример, Dorpat обращает внимание на очень выраженный, повторяющийся, директивный и контролирующий характер интервенции аналитика. Ни на одном отрезке анализа аналитик не допускает, что жалобы пациентки в отношении его могут иметь определенную ценность. С помощью повторяющихся вопросов аналитик заставляет пациентку продолжать разговор и одновременно отвергает значение ее высказываний, касающихся его директивности.

Образ аналитика, сидящего на пациентке и раздавливающего ее, представляет собой конкретную метафору, которая содержит в себе актуальные аспекты ее интеракции с аналитиком. По мнению Dorpat'a, этот имидж возникает на основе ее бессознательного анализа значений того, как аналитик относится к ней и к ее аффективным реакциям на его директивные действия.

Dewald, интерпретируя воображение пациентки как трансферентную фантазию, отрицает, что возникший у нее образ себя, раздавленной аналитиком, связан каким-то образом с их обоюдным общением. Интерпретации аналитика фактически игнорируют бессознательную и сознательную коммуникацию пациентки в отношении того, как она контролируется директивным вмешательством.

На следующей встрече с пациенткой аналитик в процессе интерпретаций использовал термины трансференс и бессознательная фантазия с целью объяснить ей причины неадекватного поведения. С точки зрения Dorpat'a, такие интерпретации связывают поведение пациентки исключительно с ее внутрипсихическими источниками и находятся в отрыве от аналитической ситуации.

Dewald в дальнейшем объяснял, что страх «одоления» и раздавливания происходит из ее детских отношений с отцом, что, очевидно, соответствует действительности, но, по мнению Dorpat'a, только частично, так как игнорируется вторая сторона вопроса-взаимодействие пациентки с аналитиком.

Приведенный пример показывает, что первичный процесс посредством бессознательного анализа значений включает в себя оперирование текущими событиями, интеракции с окружающими и, в то же время, на него оказывают влияние переживания, происходившие в прошлом.

Fosshage (1983) также пришел к выводу о том, что не все функции первичного процесса примитивны. Автор определяет первичный процесс как «способ психического функционирования, который использует визуальные и другие сенсорные имиджи с интенсивной аффективной окраской для осуществления всеобщей интегративной функции». Свойственные первичному процессу образные мысли правильнее рассматривать не как примитивные когниции, а в качестве матрицы, которая продуцирует творческие «продукты».

Holt (1976) различает два уровня когниций первичного процесса:

а) примитивная и патологическая когниция и

б) более социализированная и нормальная когнитивная активность.

Значение примитивной (архаической) и сложной когниций для творческих процессов подчеркивается Kris (1952). Архаическая и сложная когниции первичного процесса обнаруживаются в мифах, поэтических произведениях и работах другого жанра. Продукты первичного процесса содержатся в сказках и имеют большое значение в воспитании и образовании детей. Посредством этих форм активности создаются условия для использования более сложных форм когниций первичного процесса.

Holt (1976) и Kris (1952) считают, что различие между утонченной и архаической когницией первичного процесса отражает разделение между адаптивными и дезадаптивными формами мышления. Одна из них – утонченная - связана с творчеством, юмором, игровой способностью. Другая –архаически примитивная - может быть связана с возникновением психопатологии.

По мнению Fast (1975), утонченная когниция первичного процесса «является когнитивным видом активности, возникающей как переживания настоящего в

соответствующем месте, тем не менее, в таких рамках реальности, как память, предвосхищения, гипотезы или фантазии».

Fast считает, что в симптомах психических нарушений обнаруживаются признаки архаической активности первичного процесса. Автор предполагает, что блокада формирования утонченной активности первичного процесса связана с механизмом психологической защиты и/или является следствием психической травмы. В этих случаях индивидуум оказывается не в состоянии модифицировать архаические когниции первичного процесса в соответствии с требованиями реальности.

Fast прелагает следующую оперативную модель: если развивающийся ребенок не способен модифицировать реальность в соответствии со своими желаниями (идеями), а также находит реальность непереносимой, идея исключается из когнитивной организации Self'a.

В классическом психоанализе первичный процесс рассматривается как исходное состояние психики, свойственное младенческому возрасту, а вторичный процесс - как развивающийся из более примитивного первичного процесса и осуществляющий его контроль и подавление. Эта иерархическая модель взаимоотношений между первичным и вторичным процессами в настоящее время замещается концепцией двух систем, которые функционируют параллельно друг другу в детском и взрослом периодах жизни.

Klein (1976), Palombo (1978), Dorpat, Miller (1992) и др., придерживаются мнения, что первичный и вторичный процессы существуют с самого начала жизни и продолжают развиваться постоянно. Последнее положение находится в прямом противоречии с традиционной точкой зрения о том, что первичный процесс практически не развивается и только вторичный процесс «созревает», оставляя первичный процесс в примитивной, свойственной младенческому возрасту, форме (Stern, 1985).

Первичный процесс не останавливается в своем развитии, что выражается в развивающейся способности ребенка ассимилировать сложный эмоциональный опыт, справляться с соответствующими возрасту травмами и сохранять интегральность Self'a в период его начинающейся дифференциации.

Fast уточняет, что «идея в категориях первичного процесса переживается как реальная, но в некотором смысле она бессознательна. Сознание, в смысле само-рефлексивного осознания, не присутствует в мыслях первичного процесса».

В этой связи следует иметь ввиду, что соотношение между сознательным и бессознательным по отношению к первичному и вторичному процессу не представлено формулой: сознание – вторичный процесс; бессознательное-первичный процесс. Не все мышление в границах вторичного процесса сознательно, также как не все «продукты» первичного процесса бессознательны. Мышление вторичного процесса может быть отделено от сознания также как и мышление первичного процесса. Люди могут осознавать или не осознавать значений этих двух систем. По механизмам психологической защиты возможно ограждение себя от понимания каких-то значений, содержаний производных первичного и вторичного процесса.

Bowers (1984), Dorpat, Miller (1992) считают ошибочной концепцию, согласно которой id и первичный процесс не воспринимают окружающий мир и не взаимодействуют с ним. Предлагается гипотеза, согласно которой системы первичного и вторичного процесса действуют вместе и принимают участие в восприятии и других формах когнитивного процесса (Fisher,1956; Neisser,1967; Mandler,1984; и др.). При этом отмечается, что Freud (1923) ошибочно ставил знак равенства между id и первичным процессом со всеми биологическими процессами, происходящими внутри организма, с одной стороны, и ego со всем тем, что приобретается в результате опыта, – с другой. С точки зрения Freud'a, ego формируется в результате взаимодействия со средой и содержит в себе приобретенный индивидуумом опыт, в то время как id состоит из внутреннего хранилища инстинктов, приобретенных посредством эволюционного процесса.

Еще в 1939г. Hartmann критиковал эту точку зрения, утверждая, что ego, так же, как и id частично происходит из биологических структур и связано с биологическими механизмами, обеспечивающими способность адаптироваться к среде.

Dorpat и Miller, в противоположность классическому психоанализу, обращали внимание на то, что система первичного процесса не ограничена исключительно сексуальным и ауто-гетероагрессивным драйвами и ее оперирование зависит от средовых взаимодействий (Dorpat, Miller, 1992).

Теория первичного и вторичного процесса имеет непосредственное отношение к проблеме коммуникации. Bertrand Russell (1940) выделял способность языка сообщать факты (характеристика вторичного процесса) и способность выражать состояние говорящего (характеристика первичного процесса). Witgenstein (1921) также подразделял коммуникацию на два вида:

1) коммуникация, передающая теоретические построения и фактическую информацию и
2) коммуникация, передающая состояния переживания.

Watzlawick, Beavin и Jackson (1967) различают «аналогическую» (фигуральную, основанную на аналогии) и «дигитальную», (основанную на причинно-следственной связи), коммуникации.

Аналогическая коммуникация соответствует способу функционирования первичного процесса, дигитальная-вторичного.

Обычному диалогу присущи способы коммуникации, свойственные как первичному, так и вторичному процессам. Объективная фактическая информация передается по свойственным вторичному процессу механизмам: произносимые слова и фразы имеют определенное значение и встраиваются в логические связи и умозаключения.

Аффективная информация, связанная с восприятием собеседника и содержанием разговора, вообще, и его отдельными значениями, в частности, в каждый текущий момент передается, главным образом, посредством невербальной коммуникации. Последняя включает в себя оттенки произносимых слов, их ритм, выражение лица, жестикуляцию и др. Эта часть коммуникации «обслуживается» первичным процессом.

Способы коммуникации первичного и вторичного процесса, таким образом, сочетаются друг с другом, а не выступают как изолированные и взаимоисключающие формы.

Дигитальный, свойственный вторичному процессу, язык использует логику, причинно-следственную последовательность, но в нем отсутствует «адекватная семантика» в зоне межличностных отношений, присущая аналогическому языку. В то же время аналогический язык обладает такой семантикой (первичный процесс), но в нем отсутствует «адекватный синтаксис для четкого определения природы отношений» (Watzlawick и др., 1967).

Можно утверждать, что вся невербальная и аффективная коммуникация является прерогативой первичного процесса. Тем не менее, нельзя относить всю вербальную коммуникацию к системе вторичного процесса. Когда в языке используются метафоры, образные выражения, в этих формах вербальной коммуникации участвуют системы первичного процесса.

Первичный процесс, очевидно, способен создавать свой особый язык. В соответствии с представлениями Lacan'a, бессознательное структурировано подобно языку и по механизмам конденсации и смещения создает языковые метафоры (Lacan, 1968).

С точки зрения Langs'a (1982), при использовании терминов «сознательная» и «бессознательная» коммуникация следует учитывать, что здесь речь должна идти о способности осознавать или не осознавать воспринимаемую или передаваемую

информацию. Каждому человеку свойственна индивидуальная степень осознания бессознательной коммуникации.

Бессознательная коммуникация, характерная для первичного процесса, не исчерпывает функции последнего в этой области. Выражаемые вербально и невербально коммуникативные значения продукции первичного процесса могут осознаваться как передающим эту информацию, так и реципиентом.

Bateson (1972) подчеркивает, что человеческая коммуникация имеет два аспекта: аспект содержания и аспект отношения. Эти аспекты дополняют друг друга и соотносятся с первичным и вторичным процессом. Содержательный аспект в основном содержится в словах и передается языком, относясь к вторичному процессу. Аспект отношения передается главным образом невербально, посредством мимики, жестов, аффективных состояний. «Система первичного процесса обычно оперирует тихо и бессловесно, обеспечивая человека эмоциями, интуициями и имиджами». Значение функционирования первичного процесса часто недооценивается, рассматривается как что-то субъективное, оторванное от реальности, необъективизируемое. В результате такой недооценки человек не доверяет своей интуиции и выстраивает межличностные отношения, оценки других людей, их отношение к нему в соответствии с правилами формальной логики, что нередко приводит к серьезным ошибкам и разочарованиям.

Другая, значительно менее изученная сторона первичного процесса заключается в его потенциальной *способности «продуцировать» интуиции патологического характера*. Появление таких интуиций является, само по себе, признаком психического нарушения психотического уровня. Патологическая интуиция кардинально изменяет восприятие окружающего мира, фокусируясь на каких-то объектах, людях, элементах поведения, последовательностях, цифрах, числах, случайных сочетаниях, событиях и т.д.

Вначале *вся* привычная обстановка может интуитивно восприниматься как необычная. Такое патологическое интуитивное восприятие всегда интенсивно эмоционально окрашено, причем сколько-нибудь точное вербальное описание содержания эмоциональных переживаний невозможно.

Наблюдавшиеся нами пациенты отмечали, что «такого чувства они никогда ранее не испытывали и не могут подобрать подходящие слова для его описания». Некоторые из зафиксированных нами определений звучали так: «все странное», «необычное», «сначала было как бы тревожно, потом как бы смешно, затем вроде бы тоскливо, вообще, все неопределенно и мимолетно».

Этот период, очевидно, может продолжаться до нескольких дней. Психофармакологическая коррекция нарушений на этом уровне, как правило, высоко эффективна даже при использовании минимальных доз нейролептических препаратов. Проблема заключается в том, что на начальном периоде нарушений (особенно, если оно произошло впервые), пациенты крайне редко обращаются за помощью к специалистам.

Дальнейшее развитие патологии выражается в том, что патологическая интуиция «выбирает» себе какой-то/какие-то объект/объекты фиксации и пациенту сразу же «все становится ясно и понятно». Объект фиксации патологической интуиции приобретает особое значение, выходя за пределы обычной иерархии ценностей. Термин «особое значение» в таких случаях отражает не только «количественную» сторону, но и совершенно иное качество, подобное тому, что можно назвать «Высшим Смыслом», «Предостережением», «Сигналом об Опасности», «Посвящением в Тайну», «Посланием из Другого Мира»» и др.

Патологическая интуиция, в отличие от обычной интуиции, не может сосуществовать с вторичным процессом и его продукцией, дополняя друг друга. Патологическая интуиция разрушает вторичный процесс, то есть продукт первичного процесса дезинтегрирует причинно-следственную логику дигитальной когниции. На дальнейших этапах развития нарушения при отсутствии адекватной терапии, клинически это выражается в появлении разорванности мышления и расщеплении интегральности

психических функций. Промежуточным этапом между началом активации патологической интуиции и разрушением вторичного процесса в ряде случаев оказывается формирование бредовой идеи (болезненного умозаключения, недоступного критической оценке) на основе отношения к объекту, попавшему в фокус патологической интуиции. Развитие патологической, внешне рациональной структуры включает в себя различные содержания, ассоциирующиеся с соблюдением главного принципа-нахождения «доказательств», подтверждающих правильность исходного патологического убеждения. На этом этапе используются механизмы логического мышления. Энергетическое поле первичного процесса еще позволяет «притягивать» и объединять рациональные элементы вокруг стержневой оси основанного на патологической интуиции убеждения.

Согласно клиническим наблюдениям, бредовая система, развивающаяся по такому механизму, характеризуется в целом тенденцией к нарастающей дезинтеграции. Логически обоснованные подтверждения «правильности» патологической интуиции теряют свой защитный характер, переставая быть необходимыми для «сохранения лица» в ситуации катастрофического отрыва от реальности. Следует учитывать, что появление формально-логического обоснования правоты своих болезненных умозаключений имеет, в основном, направленный во вне характер, рассчитанный на убеждение других людей, так как самому пациенту все и так ясно и логические обоснования ему не нужны.

Возникает вопрос, с чем связана особенная сила патологической интуиции, ее неподверженность какой-либо коррекции, основанной на использовании интеллектуальной сферы и фактов реальности?

Патологическая интуиция может возникнуть у человека любого интеллектуального уровня. Интеллект не только не корригирует патологическую интуицию, но, более того, становится ей на службу, «используется» последней с целью «придумывания» объяснений, системы доказательств своей правоты, предназначенных для других людей. Факты, противоречащие содержанию патологической интуиции, активно отбрасываются или игнорируются, вместо этого происходит избирательный поиск обычно искусственно вырываемых из контекста событий и фактов с целью использования их для подтверждения своих убеждений. Лица, разубеждающие пациента, могут стать лишь новой проекцией патологической интуиции. Они включаются в создаваемую на ее основе бредовую систему.

Все эти проявления *позволяют сформулировать гипотезу о том, что что-то происходит с самим первичным процессом, в силу чего он начинает «продуцировать» патологическую интуицию*. Первичный процесс, локализующийся в условиях нормы в индивидуальном бессознательном, изменяется, в связи с влиянием энергетики из глубинных структур психики-коллективного бессознательного. Этот процесс метафорически можно представить как выход за пределы своего индивидуального Self'a, вторжение в индивидуальную психику (индивидуального сознания и индивидуального бессознательного) чуждых ей восприятий, чувств и мыслей. В пользу этой концепции свидетельствует преобладающая тематика основанных на патологической интуиции убеждений с характерной для них динамикой. Здесь встречаются темы: Добра и Зла и борьбы между ними; Второго Рождения; Трансформации в Божественное Существо; Всеобщего Заговора; Особого Призвания; Вселения и Овладения; «Сверхъестественных Способностей», включая способность «осчастливливать» людей, спасать и даже воскрешать их в духовном и физическом смысле. Наличие в переживаниях этих архетипных образов и содержаний непосредственно отражает влияние коллективного бессознательного.

Приведенные соображения имеют отношение к теоретическим концепциям психиатрии. Как известно, в классической психиатрии выделяются первичные и вторичные бредовые идеи. Возникновение вторичных бредовых идей объясняется тем, что они являются следствием какого-то психического нарушения и в своем содержании непосредственно отражают его специфику.

Так, например, вторичные бредовые идеи могут возникать в депрессивном состоянии и выражаться в умозаключениях о своей никчемности, греховности, заслуживании наказания и т. д.

Вторичные бредовые идеи, возникающие в маниакальном состоянии на фоне эйфории, наоборот, имеют содержание переоценки своих возможностей, величия. Вторичные бредовые идеи могут возникать на фоне галлюцинаторных расстройств и отражать их содержание. Например, при слуховых галлюцинациях обвинения, оскорбляющего и/или угрожающего характера (пациент «слышит» за стеной разговор людей, обвиняющих его и собирающихся расправиться с ним) возникают вторичные бредовые идеи преследования.

Общей особенностью вторичных бредовых идей является обычно появление критического отношения к ним после исчезновения лежащего в основе их возникновения психического расстройства. (Исключения бывают связаны с низким интеллектуальным уровнем пациентов, которые не в состоянии осмыслить происходящее в течение более длительного времени).

Первичные бредовые идеи, т.е. идеи, происхождение которых нельзя «вывести» из какой-то формы психической патологии, в клинической психиатрии фактически не объясняются, или же, что было типичным для советской психиатрии, к их объяснению привлекались так называемые «патофизиологические механизмы высшей нервной деятельности», которые, благодаря спекуляциям Иванова- Смоленского, в течение длительного времени (в основном 50-60 годы XX века) навязывались центральными психиатрическими институтами в качестве «единственно правильных», «основополагающих» концепций.

В клинической психиатрии существует положение о том, что бредовые идеи относятся к расстройствам мышления. В учебных руководствах по психиатрии бредовые идеи включены в раздел нарушений мышления, и их принадлежность к последним воспринимается многими специалистами как своего рода аксиома, которая не подвергается сомнению.

Тем не менее, проведенный анализ первичного процесса, патологической интуиции, отношений между первичным и вторичным процессом приводит к заключению, что *происхождение первичных бредовых идей связано не с вторичным, а с первичным процессом.* «Исходной точкой» их происхождения является патологическая интуиция, из которой рождается бред. Мышление, причинно-следственные связи, свойственные вторичному процессу, нарушаются вторично и не могут считаться источниками происхождения первичной бредовой идеи.

Первичный процесс имеет прямое отношение к функционированию бессознательной сферы. «Происхождение» первичного процесса совпадает с началом жизни человека, с моментом его рождения. Начинаясь в начале жизни, первичный процесс продолжается на протяжении всего жизненного пути, не исчезает и проявляет себя в психической структуре по-разному. Можно сказать, что вся жизнь человека синхронизируется с первичным процессом. В деятельности человека всегда можно обнаружить признаки его влияния. Существует мнение, согласно которому первичный процесс во многом подобен id, из которого он непосредственно и происходит.

Вторичный процесс развивается постепенно и прогрессирующе, начиная с первых лет жизни. Полное развитие вторичного процесса соответствует зрелому ego.

Первичный процесс представляет собой определенную форму и определенный способ мышления, посредством которого либидинозная и агрессивная энергия драйва канализируется, проявляет себя и оказывается связанной с тем или иным объектом.

Часто встречающийся в литературе термин катексис иногда не совсем точно переводится на русский язык как канализирование. В первоначальном значении катексис - это английский перевод немецкого слова Besetzung, а уже потом русский - канализирование. Термин Besetzung в немецком языке означает занятие, захват. Под этим

определением понимается не только направленность энергии по какому-то каналу, но и ее захват одушевленным или неодушевленным объектом и овладение этим объектом. Захват энергии объектом характерен для первичного процесса.

Сравнение первичного и вторичного процесса позволяет выделить их следующие *характеристики:*

Стремление первичного процесса к немедленному удовлетворению. В рамках мышления и связей, которые формируются при вторичном процессе, человек обучается тому, что удовлетворение желания можно отложить. При первичном процессе имеет место стремление к немедленной разгрузке катексиса, к немедленному удовлетворению возникшего желания. Стремление к немедленному получению удовольствия характерно для сферы id и для незрелого ego.

Существует группа нарушений, например, антисоциальное личностное расстройство, для носителей которых характерна незрелость структур ego и superego. В результате энергия id сразу же разгружается и получает удовлетворение любой ценой, невзирая на последствия. Люди с такими особенностями действуют по примитивно гедонистическому принципу. Они стремятся получить удовольствие, не думая о том, что вслед за ним последует наказание. Незрелое ego не выполняет функцию соответствия реальности и не задерживает импульсивные желания.

Первичному процессу свойственна легкость переключения катексиса с первоначального объекта на подобный, похожий объект в случаях блокировки и недоступности первичного объекта. Например, в том случае, если ребенок не может удовлетворить голод или сосательный рефлекс с помощью материнской груди, он начинает сосать соску или пальцы руки или ноги. Примером может служить также перенос ребенком чувства злости с одного человека на другого.

Для вторичного процесса характерна способность откладывать разгрузку катексиса до более благоприятных условий, временно отказываться от разгрузки, если реальная ситуация складывается так, что разгрузка опасна нежелательными последствиями или же, если она противоречит требованиям superego.

Переход от первичного процесса к вторичному носит постепенный характер. Первичный процесс не заменяется вторичным, он существует перманентно. Речь идет о возникновении переходной зоны между этими процессами. Определить конец первичного процесса и начало вторичного бывает очень трудно. Обязательным условием развития ego является наличие вторичного процесса.

Вторичный процесс сопровождается осознанным, логическим, вербальным мышлением. Этот когнитивный процесс протекает по обычным законам синтаксиса, логики и рациональности.

Способ мышления, характерный для первичного процесса с незрелым ego, резко отличен. Своеобразие этого нелогического и нерационального мышления настолько очевидно для человека со зрелым ego, что может в контрасте с вторичным процессом восприниматься как психическая патология, хотя такой способ мышления является нормой для неразвитого, незрелого ego.

Отсутствие правильного понимания, отрицание условностей и ограничений приводит к ложному ощущению, что в условиях первичного процесса всё возможно. Имеет место ряд недопустимых, с точки зрения здравого смысла, противоречий. Эти противоречивые мысли и идеи могут мирно сосуществовать. Мышление первичного процесса можно назвать в каком-то смысле мышлением по желанию (удовлетворяющим желание), соответствующим формуле «Как хочу, так оно и есть». Разрыв с реальной действительностью и фантазирование приобретают очень выраженный характер. Большое количество представлений возникает по механизму игры, или по аналогии. Может схватываться часть какой-то ситуации, или объекта, но не объект в целом. Возможно вторжение какого-то воспоминания или его отрывка. Все вышеуказанные процессы могут смешиваться друг с другом.

В рамках первичного процесса возникает *своеобразное переживание времени.* Обычное переживание времени отсутствует. Прошлое легко становится настоящим, смешивается с воображаемым будущим.

Признаки первичного процесса, которые присутствуют у здоровых людей, могут выступать очень отчетливо при психических заболеваниях. Правомочно говорить о том, что в случаях психических расстройств психотического уровня первичный процесс начинает доминировать над вторичным. Такое доминирование когда-то уже было в прошлом, оно было свойственно раннему детскому возрасту. В данном случае оно появляется во взрослом состоянии и поэтому является патологией. В случае заболевания возникает тенденция невербального представления идей в виде образов, различных картинок, имиджей. Очевидно, склонность к галлюцинированию при ряде психических нарушений отражает образность, свойственную первичному процессу и психическому развитию в ранние периоды жизни.

В то же время, признаки первичного процесса обнаруживаются и у здоровых людей. В большей степени они представлены в период между бодрствованием и сном. Перед засыпанием возникают различные образы, усиливается воображение, содержание которого может быстро меняться. Для ряда взрослых характерны сны наяву. Некоторые люди могут временно «отключаться» и представлять себе какие-то картины. Это может возникать в разных ситуациях, например, на формальных собраниях при нежелании воспринимать происходящее.

Первичный процесс отражается в сновидениях и творчестве. Бессознательная сфера участвует в творчестве посредством первичного процесса, аппарат которого «обслуживает» креативность.

Первичный процесс может усиливаться под влиянием различных веществ (кофе, крепкого чая, иногда малых доз алкоголя). У детей интенсификация первичного процесса происходит при повышении температуры тела. Иногда первыми признаками заболевания, которые субъективно чувствует ребенок, как раз является оживление первичного процесса. В этот момент изменяется мышление, появляются легко сменяющиеся и не связанные друг с другом ассоциации. В сознание врываются какие-то образы, отвлекающие от реальной действительности. Усиление первичного процесса происходит при многих интоксикациях, например, белладонной, скополамином, галлюциногенами.

Для первичного процесса характерно легкое соскальзывание одного содержания на другое, одной части концепции, идеи на другую, по косвенным ассоциациям с нарушением иерархии значений. Возникает феномен, который иногда называют уплотнением - представлением многих идей и мыслей каким-то одним словом, образом, картиной или их частью; множественные психические репрезентации представляются одним или несколькими катексисами.

Первичному процессу свойственна *символика*. Иногда смысл символа, возникающего, например, в сновидении, оказывается неизвестным самому спящему. По всей вероятности, речь идет о чем-то запретном, связанном с отрицательными эмоциями. Многие символы формируются в раннем детском возрасте. Их содержание репрессируется, значение и смысл теряются, но прорыв в сознание этих символов сопровождается сильной эмоциональной реакцией. Хотя смысл информации не осознается, поскольку есть сопротивление сознания, эмоциональное состояние, связанное с символом в прошлом восстанавливается.

В процессе развития психики наблюдается феномен, который Brenner (1955) назвал *нейтрализацией исходного драйва.* Нейтрализация означает то, что проявление бессознательной активности, которая ранее осуществлялась через разгрузку посредством удовлетворения драйва, становится на службу ego и удаляется от исходного драйва. Нейтрализация выражается в том, что по мере развития человек в какой-то степени дистанцируется от драйва. Самые ранние попытки вербализации у детей помогают им разгрузить драйв, как и другие действия незрелого ego. Дети сразу и непосредственно

выражают свои чувства. Они идентифицируются со взрослыми, подражают им. Однако, с течением времени использование языка становится независимым от стремления немедленно удовлетворить возникшее желание. Язык становится средством более абстрактной коммуникации. Brenner считает, что легкость обучения детьми языка объясняется непосредственной связью языка с энергетикой драйва. Это способствует разгрузке драйва. Если удовлетворения не наступает, обучение проходит труднее, т.к. мотивация снижается.

Психотические дети становятся замкнутыми, изолированными от окружающей обстановки и неспособными к коммуникации потому, что утрата связи языка с драйвом приводит к обратному развитию языка. Такие дети постепенно теряют ранее приобретенные знания. Подобные развития характерны для тяжелых психических патологий, например, для детской шизофрении.

Если в процессе развития ребенка процесс нейтрализации драйва нарушается и связанная с ним энергия снова оказывается актуализированной, это может приводить к возникновению конфликтов.

При недостаточной нейтрализации, обусловленной шоковым воздействием нового, резко выраженного катексиса, происходит регрессия к старой форме, когда язык еще не был достаточно развит. В результате может появиться заикание или истерическая потеря речи.

На содержание первичного процесса влияет сфера коллективного бессознательного. К сожалению, в работах как классических, так и современных психоаналитиков этот вопрос не нашел достаточного отражения.

Первичный процесс оказывает влияние на формирование *магического мышления*, появление необычных убеждений, верований, которые могут отражать определенные культуральные нормы.

С первичным процессом может быть связано возникновение необычных переживаний в области восприятия. Он может предрасполагать к иллюзиям, ощущению чьего-то присутствия. «Я боюсь, - говорит ребенок, - потому, что чувствую, что в комнате кто-то есть». Такие чувства могут иногда возникать и у взрослых людей.

Существует два варианта усиления первичного процесса. При одном из них усиление происходит за счет внешнего стимулирования. При другом возникает по внутренним механизмам.

Brenner (1955) обращает внимание только на второй вариант и считает, что когда со взрослым человеком начинают происходить какие-то необычные явления и развиваются симптомы формальных психических расстройств, это вызвано нарушением баланса, причиной которого является ослабление вторичного процесса. Таким образом, если ослабевает вторичный процесс, его место занимает первичный процесс.

Усиление первичного процесса может приводить к развитию *кратковременного психического расстройства*. Это нарушение длится от нескольких минут до одного месяца. Чем больше оно затягивается, тем более вероятна трансформация в прогредиентное заболевание.

Кратковременное психическое расстройство проявляется в возникновении бредовых идей, иллюзий, галлюцинировании, свободно плавающей тревоге, которая затем приобретает определенное содержание и превращается в страх.

Сложности в понимании кратковременного психического расстройства отражается в его различной трактовке в разных классификациях. Так, например, в классификации 80-го года считалось, что кратковременное психическое расстройство всегда вызывается психогенной травматизацией. В DSM-IV о причинах этого нарушения не говорится, т.к. этих причин может быть много, а зачастую конкретную причину выявить не удается.

Развитие кратковременного психического расстройства может спровоцировать не только психическая травма, но и реальная и экспериментальная сенсорная депривация, вынужденная или экспериментальная бессонница, активности и воздействия, которые

стимулируют бессознательную сферу (длительная медитация, различные процедуры с ритмическими раскачиваниями, танцами, музыкальным сопровождением, запахи и др.). Мы наблюдали развитие этого вида нарушения у лиц, участвующих в психологических марафонах и тренингах.

Одним их факторов, который может стимулировать развитие кратковременного психического расстройства, может быть изменение адаптации, связанное с длительными поездками. У некоторых людей, перемещающихся поездом, например, из Москвы до Владивостока в течение семидневного пути развивались такие нарушения. Комбинированные поездки (авиационные и железнодорожные), пересадки, ожидания и нелетная погода также способны спровоцировать возникновение кратковременного психического расстройства. Психоаналитическим механизмом развития этого нарушения служит усиление первичного процесса.

Если человек рефлексирует смысл реальности, то Я оказывается в состоянии сдерживать разгрузку энергии бессознательного, держать её под контролем и управлять ею. Человек осознает и автоматически следует негласному правилу как закону, согласно которому если он немного подождет, то может избежать неприятных последствий немедленного удовлетворения желания или может даже усилить этим сдерживанием процесс получения удовольствия. Контроль ego над id постепенно усиливается уже на ранних этапах жизни. Эго очень часто находится в прямом конфликте с требованиями id.

Было бы неправильным рассматривать энергетику id только как отрицательный фактор. Она имеет и положительное значение. Человек рождается с id, которое является источником энергии созидания и развития ego. Ego развивается из энергетики id, являющейся постоянной силой, которая присутствует в ego.

Без влияния id на ego человек утрачивает мотивацию и интерес к жизни, становится апатичным, вялым, скучным, безвольным, пассивным, лишается воображения, ощущает себя в психологическом вакууме. Естественно, что такое состояние, во-первых, субъективно крайне неприятно, а, во-вторых, такой человек становится неинтересным как себе, так и окружающим. Он как бы лишен внутренней жизни. Он может правильно говорить, разумно рассуждать, изрекать какие-то истины, но это никому неинтересно и никого не «заражает». В таком состоянии практически исчезает или резко ограничивается возможность что-то конструировать и творить.

Описанный психический процесс может происходить по *двум вариантам.* В одном из них энергетика, идущая из id на ego, прорывается, захватывает ego, действует разрушающе, преобладает над вторичным процессом и проявляется в виде психических нарушений, в частности, в виде кратковременного психического расстройства, которое, как правило, обратимо.

Во втором варианте происходит блокировка связи между бессознательной и сознательной сферами и ego лишается энергетической «подпитки». Возникают апатия и абулия. Пациенты становятся инактивными, их трудно чем-то мотивировать. Часто встречающейся при этом ошибкой терапии является назначение этим пациентам препаратов, которые еще в большей степени угнетают связи между id и ego. Назначение человеку с эмоционально-волевым снижением нейролептиков по обычной схеме как, например, при бредовых расстройствах, и\или галлюцинациях, приводит к нежелательному эффекту. Вместо ожидаемого усиления активности происходит, наоборот, еще большее её снижение, что может порою напоминать кататоническое состояние. Хотя психодинамические механизмы психических процессов часто не учитываются клиницистами, они интуитивно выходят на осознание того, что этих пациентов следовало бы «растормозить». И тогда применяются другие терапевтические схемы.

Встречаются люди с развитой способностью рано распознавать предупредительные сигналы связанного с id усиления первичного процесса. Некоторые из них обнаруживают

признаки пограничного личностного расстройства (ПЛР). Одним из диагностических признаков ПЛР является легко развивающееся состояние нарастающей тревоги.

Пациенты отмечают, что им вдруг становится страшно, хотя объяснить ни себе, ни другим чего именно они боятся, невозможно. Эти лица знают, что для того, чтобы избавиться от тревоги, нужно переключить внимание на что-то нейтральное, не содержащее каких-либо факторов, провоцирующих тревогу, например, какой-то вид привычной деятельности, просмотр фильмов информационно-образовательного содержания и др.

Лица с ПЛР знают, что тревога у них развивается в состоянии сенсорной депривации. Отсюда плохая переносимость любого одиночества даже в течение нескольких часов. Этот срок для обычного человека не является одиночеством, а для носителя ПЛР эти часы равносильны вечности. Они боятся этих ситуаций и пытаются «загрузить» себя чем угодно, поэтому в этом состоянии они совершают импульсивные поступки, которые содержат потенциальную опасность для них и для окружающих. Одна из наших пациенток отмечала, что в это время она старается войти «в струю», броситься в водоворот каких-то событий, вступать в контакты со случайными лицами.

В это время лица с ПЛР могут употреблять наркотики, алкоголь, вступать в опасные социальные связи, о которых в последствии жалеют, т.е. делают все для того, чтобы избежать возникновения свободно плавающей тревоги.

У каждого человека существует большая или меньшая, зависящая от генетических особенностей, предрасположенность к возникновению состояний, при которых прорывается первичный процесс. Его массивный прорыв далеко не всегда сопровождается позитивными чувствами. Чаще всего он порождает резко отрицательные чувства. Наиболее неприятным из них является свободно плавающая тревога. Можно предположить, что этот вид тревоги в какой-то мере напоминает аннигиляционную тревогу, во время которой человек наносит себе тяжелые повреждения, чтобы, причиняя себе боль, избавиться от тревоги. Человек ведет себя, с точки зрения вторичного процесса, нерационально, алогически и неадекватно.

Важным фактором развития ego, играющим значительную роль при «переброске» психической энергии, является *идентификация* с психологически значимым человеком, или с объектом внешнего мира. Важность объекта заключается в том, что он оказывается поглощенным энергией драйва. Происходит катексис - овладение объекта энергией драйва. При этом вступает в действие закон «быть таким же, как этот человек». Быть таким, как моя мать, отец или иная значимая личность. Это явление приводит к изменению ego. В результате многие из внешних объектов как бы перестают существовать, а внимание фиксируется на объекте, с которым ребенок идентифицирует себя. В психике ребенка создается копия идентифицируемого объекта. Если ребенок идентифицирует себя с отцом, его ego содержит «копию» отца и он начинает действовать как отец.

Таким образом, энергия id связывается с той частью ego, которая идентифицировала себя с внешним объектом, в данном случае, с кем-то из родителей. Эта копия в сознании ребенка стягивает на себя практически всю энергию. Brenner, например, считает, что, поскольку для этого необходим большой приток энергии, то это приводит к тому, что ego становится более сильным за счет id. Идентификация высасывает энергию из id. Одна из гипотез современного психоанализа утверждает, что *процесс идентификации объективно приводит к ослаблению влияния драйвов потому, что id в процессе идентификации ослабевает и истощается.*

Существует и другой путь, приводящий к ослаблению требований id. Это процесс так называемого удовлетворения желаний в сфере фантазий и воображения, а не непосредственного их удовлетворения в реальности. В фантазиях, снах наяву или в обычном сне одно, два или несколько желаний id воспринимаются как исполненные и реализованные. По сути дела, в этих психических состояниях происходит частичное

удовлетворение разделенных импульсов id. Испытывающий жажду человек видит сон, в котором он удовлетворяет жажду и не просыпается, хотя он мог бы проснуться и выпить воды.

Фантазии в психической жизни человека играют чрезвычайно большую роль. Их значение может проявляться в том, что импульс, идущий из id, настолько удовлетворяется, что после этого ego становится нетрудно контролировать или даже овладевать id, проявлять себя более сильным, чем id. Таким образом, ego в процессе фантазирования способно контролировать какую-то часть бессознательной сферы.

В нормальной психической жизни человека фантазии часто удовлетворяют какую-то потребность. У некоторых людей удовлетворенность желаний в фантазиях может быть настолько выраженной, что это приводит к определенным изменениям в жизни, например, к тому, что человек становится менее активным. Многие их тех, кто часто использует этот механизм, обращают внимание на то, что настоящее удовлетворение отложенного желания в реальности, в случае предшествующего его удовлетворения посредством фантазирования, не дает достаточного удовлетворения, поскольку оно слишком долго и часто проигрывалось в фантазии и как-бы истощилось. Речь идет об отрицательном влиянии фантазирования на реальное удовлетворение желания. Возникает состояние, при котором ego оказывается в состоянии в определенной степени преобладать над функцией id, контролируя импульсы id, видоизменяя их и овладевая ими.

ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ СТАДИИ РАЗВИТИЯ

Детский эротизм

Раздел психосексуального развития имеет ключевое значение в системе классических психоаналитических концепций. В развитии детского эротизма выделяется несколько стадий (фаз), соответствующих различным возрастным периодам. Freud считал, что слизистые оболочки тела могут быть физическим источником, исходящих из id импульсов. Они становятся эрогенными зонами (зонами получения удовольствия), на которых фиксируется либидо. Эти зоны крайне чувствительны и «ассоциируются с повышением и снижением напряжения, соответственно требованиям модели либидо» (Cloninger, 1996). В связи с процессом созревания различные эрогенные зоны приобретают главенствующее значение в разном возрасте.

Для взрослых эрогенной зоной является область гениталий. В ранних периодах жизни центральное место занимают другие зоны: для младенцев – область рта, для ребенка после одного года – область анального отверстия.

Первой стадией психосексуального развития является оральная. Сексуальное удовольствие в этой стадии связано главным образом с возбуждением оральной полости и губ, что происходит во время питания. Процесс питания имеет здесь особое значение, посредством него происходит организация объектных отношений. Например, любовные отношения с матерью «маркируются значениями поедания и бытия съеденным» (Laplanche, Pontalis, 1988). Стадия возникает сразу после рождения и продолжается приблизительно до 12 месяцев.

Внутри оральной стадии Abraham (1927) выделял раннюю стадию сосания и более позднюю при появлении зубов – орально-садистическую.

Орально-садистическая стадия амбивалентна, в ней либидо и агрессия направлены к одному объекту – материнской груди. Содержание конфликта заключается в отнятии от груди. Агрессия подразумевает акты кусания, поглощения и стремления к разрушению объекта любви.

В то же время Heimann и Isaacs (1952) рассматривают сосание также как стремление к деструкции, выражающееся в процессах «высасывания», «вычерпывания», «опустошения», «истощения».

Klein (1952) не придерживалась разделения оральной стадии на две подстадии, считая всю оральную стадию кульминацией орального садизма.

Анальная стадия

Анальная стадия следует за оральной и длится ориентировочно от одного года до трех лет. В этой стадии происходит становление нейромышечного контроля над сфинктерами, в особенности над анальным сфинктером, что позволяет осуществлять волевой контроль над дефекацией или задержкой стула. Для анальной стадии характерно сочетание либидинозных стремлений с садистическими. Конфликты обусловлены «туалетным тренингом» над удержанием или выделением кала, что включает элементы сопротивления родителям, с появлением желания противостоять их указаниям. Возникающие ситуации активизации амбивалентных мотивов способствуют развитию сепарации, выхода из симбиотических отношений.

Анальный эротизм находит выражение в получении удовольствия от анального функционирования, посредством задержки дефекации или чувства гордости, возникающем при демонстрации родителям своих фекалий, которые оцениваются в качестве драгоценного подарка родителям. Акт дефекации ассоциируется с агрессивными фантазиями различного содержания: деструктивное оружие, бомбежка, взрывы и др. (Kaplan, Sadock, 1991).

Фиксация или депривация на оральной или анальной стадиях психосексуального развития приводит к развитию патологических черт. Эти черты различны, то есть «оральный характер» отличается от «анального».

Оральный характер может включать чрезмерный оптимизм, сменяющийся пессимизмом в депрессивном состоянии; нарциссизм; зависимость от других, наряду с нереальными требованиями к ним; зависть и ревность.

Анальный характер проявляется, прежде всего, в триаде: аккуратность, скупость, упрямство. При отсутствии достаточных психологических защит усиливается амбивалентность, появляются неряшливость, беспорядочность, поведение приобретает вызывающие оттенки. Типична легко провоцируемая ярость. Обычно присутствуют садомазохистские и навязчиво-компульсивные особенности.

Уретральная стадия

Уретральная стадия четко не описывалась Freud`ом. Стадия является переходной от анальной к фаллической стадии.

Freud (1905) считал, что удовольствие, получаемое при мочеиспускании, имеет эротическое значение. Задержки мочеиспускания также, как и задержки дефекации сопряжены с сексуальным удовольствием. Потеря уретрального контроля в случаях энуреза часто является регрессией, реактивирующей состояния анального конфликта. Abraham (1920) обращал внимание на то, что при акте мочеиспускания у детей возникают фантастические представления всемогущества, обладания неограниченной силой созидания и разрушения.

Klein (1932) подчеркивала значение «уретрального садизма» в развитии ребенка. Она наблюдала фантазии, содержания которых включали необычные деструктивные свойства мочи как «сжигающей, растворяющей и размягчающей» жидкости и как таинственного незаметно действующего яда.

Преобладающими чертами уретрального эротизма являются амбициозность, стремление показать свое превосходство. Возможно, эти особенности связаны с компенсацией стыда, вызываемого энурезом.

Фаллическая стадия

Фаллическая стадия иногда начинается уже в течение третьего года жизни и продолжается приблизительно до конца пятого начала шестого года.

Фаллическая стадия характеризуется тем, что первичные сексуальные интересы смещаются в зону генитальных органов. Тем не менее, в противоположность генитальной стадии пубертатного периода, дети обоих полов в фаллической стадии осознают наличие только мужского полового органа. Разница между полами воспринимается в границах фаллической организации и организации, подвергшейся кастрации. Фаллическая стадия соответствует периодам кульминации и разрешения Эдипального комплекса. Во время этой стадии обнаруживаются переживания, характерные для комплекса кастрации. Страх кастрации может быть обусловлен как эдипальными желаниями, так и чувством вины в связи с мастурбацией.

Патологические черты, происходящие из фиксационной привязанности к фаллической стадии, многообразны, включая «почти все невротическое развитие» (Kaplan, Sadock, 1991), в то же время они в большей мере привязаны к страху кастрации у мужчин и зависти к пенису у женщин.

Эдипальный комплекс

Эдипальный комплекс наиболее выражен в фаллической стадии, в возрасте трех – пяти лет. Исчезновение Эдипального комплекса обозначает окончание фаллической стадии и вход в латентную фазу психосексуального развития.

С точки зрения теории Klein и ее последователей, Эдипальный комплекс формируется во время появления «депрессивной позиции», когда ребенок начинает воспринимать мать как целостный объект.

Инцестуозные желания ребенка оказываются в прямом противоречии с принятыми социальными нормами, моралью и культурой. В связи с этим подобные желания обычно быстро репрессируется в бессознательное. Вытеснение Эдипальных переживаний обусловлено не только страхом наказания, но и стремлением сохранить десексуализированные эмоциональные отношения близости с родителями. Эдипальный комплекс вызывает у ребенка чувство вины, которое также в основном вытесняется в бессознательное. В качестве компенсации вытесненных Эдипальных переживаний используется психологическая защита – идентификация с родителем того же пола.

Freud считал, что вытеснение Эдипального комплекса является началом формирования superego. Тем не менее, ребенок идентифицирует себя не с родителем вообще, а, прежде всего, с родительским superego. Родительское superego отражает требование соответствия своему идеальному образу (идеальному образу идентифицированного родителя) и чувству стыда и вины, в связи с невозможностью такого соответствия.

Эдипальный комплекс представляет собой «организованный набор любящих и враждебных чувств, которые ребенок переживает по отношению к родителям» (Laplanche, Portalis, 1988).

Выделяют позитивную и негативную формы Эдипального комплекса. Позитивная форма соответствует содержанию мифологической истории о царе Эдипе и выражается в желании смерти соперника, которым является родитель того же пола, и сексуальном желании по отношению к родителю противоположного пола. Негативная форма Эдипального комплекса выражается в любви к родителю того же пола и ненависти к родителю противоположного пола.

В пубертатном периоде происходит оживление Эдипального комплекса на новом уровне развития, что оказывает влияние на выбор объекта.

Латентная стадия

Стадия относительной инактивности сексуального драйва. Захватывает период от пяти-шести до 11-13 лет.

В психодинамике стадии имеют значение superego, формирующееся, согласно Freud`у, в качестве «наследника Эдипального комплекса» (согласно Klein, активность superego регистрируется уже в преэдипальных стадиях) и созревающие ego-функции, что делает возможным осуществление значительного контроля над сексуальным и агрессивным драйвами. Происходит сублимация либидинозной и агрессивной энергии в активности приобретения навыков, обучение, игры, исследование окружающего мира, обучение коммуникации с людьми. Чрезмерная фиксация на контроле и регулировании может приводить к задержке развития, появлению обсессивного мышления и ригидности в поведении.

В латентной стадии за «занавесом» спокойствия происходит интегрирование и консолидация более ранних приобретений психосоциального развития, обучение эффективной адаптации к среде. Ребенок обучается способности пользоваться различными объектами; формируется чувство уверенности в себе. Создается основа зрелой личности, способной получать удовлетворение от любви и работы.

По мнению некоторых аналитиков, в этом периоде могут выступать элементы гомосексуальных аффилиаций, что, очевидно, является результатом слишком широкой трактовки. Здесь может наблюдаться стремление девочек и мальчиков к лицам своего пола. Обычно эти отношения не носят сексуализированного характера и объясняются классическими психоаналитиками имеющей место сублимацией – подменой либидинальной и агрессивной энергии аутодеструктивного драйва другими активностями, в число которых входят стремление к обучению, познанию нового, любознательность, креативность, стремление к игровой деятельности.

Интерес к исследованию окружающего мира, формирование важных навыков и обучение приводят к тому, что действия человека в контактах с окружающим миром и людьми становятся боле успешными и умелыми. *Проблемы этого периода* трактуются следующим образом. Возможное расширение сферы подавления драйвов может быть связано с вмешательством superego. Чрезмерное усиление регулятивных механизмов контроля способствует закладке паттернов поведения, которые в дальнейшем могут мешать развитию и качеству жизни человека. К таким паттернам относится стремление «уходить» из зоны познания и усвоения нового и склонность к повторению одних и тех же ригидных стереотипов, которым человек уже ранее обучился. Это повторение может иметь оттенки навязчивости, обусловленные возникновением сверхконтроля.

Проблема этого периода связана также с *опасностью недоразвития в достаточной степени внутреннего контроля*. Возникающие в дальнейшем личностные отклонения могут иметь разнообразные проявления. Отсутствие должного контроля отражается на снижении успеваемости, потере интереса к обучению, к самосовершенствованию, снижению интереса к формированию навыков.

Чрезмерный контроль приводит к нарушению личностного развития еще до того, как личность достигла зрелости. Происходит задержка развития с отсутствием достаточного стремления к преодолению препятствий, появляются навязчивые тенденции и «топтание на одном месте».

В латентной стадии человек начинает обращать внимание на себя, анализировать и идентифицировать себя. Процесс идентификации связан с расширением контактов, которое облегчает возможность сравнения себя с другими значимыми и авторитетными людьми.

В латентной стадии может происходить временная или длительная регрессия к предшествующей стадии.

Генитальная (подростковая) стадия

Генитальная стадия занимает период от начала пубертатного возраста (11-13 лет) до раннего взрослого возраста. Стадия является продолжением фаллической фазы, прерванной латентным периодом. Физиологическое созревание, развитие гормональной системы приводит к интенсификации сексуального функционирования. Усиление либидо влияет на всю личностную организацию, происходит регресс, обостряющий конфликты предшествующих стадий. В то же время появляется возможность разрешения этих конфликтов на фоне формирования зрелой интегральной идентичности.

Интенсификация сексуального драйва происходит на предшествующем фоне подавленности этого драйва в латентной стадии, что может приводить к регрессии, имеющей большую степень выраженности, по сравнению с регрессией предшествующих стадий. Представленная на этой стадии регрессия затрагивает всю личностную организацию, что может выражаться в проявлении конфликтов, характерных для предшествующих стадий психосексуального развития.

Положительная сторона избавления от конфликтов заключается в появившейся возможности повторного их разрешения, но уже на другом уровне, в контексте достижения более зрелой идентичности. К сожалению, эти процессы не всегда протекают гладко и осложняются препятствиями, связанными с неблагоприятной окружающей ситуацией.

В генитальной фазе, по мнению E. Erikson'a, происходит важный этап формирования идентичности, названный автором кризисом идентичности. Подросток «входит» во взрослый мир, который предъявляет ему определенные требования. Усвоение новых навыков, отказ от одних ценностных ориентаций и приобретение других может быть связан с большими трудностями эмоционального характера.

Если человек не может принять решения, удовлетворяющего ту или иную его потребность, если он остается фиксированным на предшествующих фазах психосексуального развития, формирование идентичности затрудняется. Возникает состояние, которое E. Erikson в своих ранних работах называл *диффузия идентичности*, а затем заменил этот термин термином *спутанность идентичности*. Человек с такой идентичностью плохо приспособлен к окружающей действительности, ему трудно выбрать для себя то, что могло бы удовлетворить его мотивации.

Успешное разрешение и реинтеграция предшествующих психосексуальных стадий влечет за собой развитие зрелой личности, способной к достаточно полной *самоинтеграции, обеспечивающей стабильное чувство идентичности.* Такой человек развивает в себе способность к самореализации, что проявляется не просто в делании чего-то по инерции, а в различных видах деятельности, облеченных в смысл. На этом фоне создаются благоприятные условия для реализации творческого потенциала, для выражения драйвов любознательности и креативности.

«Генитальный характер», по мнению психоаналитиков, представляет собой идеальный тип личности, зрелый в социальном, профессиональном и в сексуальном плане.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Взаимодействие личностных структур

Сознательная и бессознательная сферы психики постоянно влияют друг на друга. Их взаимодействие находит отражение в различных психических состояниях, в особенностях динамики психических процессов. Примером может служить удовлетворение желаний.

Существует ряд желаний, способных вызывать тревогу, если их содержание и возможность реализации опасны или вызывают чувство стыда. В таких случаях желание на сознательном уровне воспринимается как нечто ужасное, порочное, греховное, злое и вытесняется в бессознательное. В течение жизни накапливается достаточное количество таких «отброшенных» желаний. Иногда их называют *отрицаемыми желаниями*. Поскольку эти желания репрессируются в бессознательное, то последнее становится «мусорным ящиком», содержащим многое из того, что «выбрасывается» из сознания. В бессознательном, содержащем в себе большое количество отрицаемых желаний, происходят определенные процессы, которые приводят к формированию и росту *психического напряжения*. Бессознательное «менее цивилизовано» и более примитивно, по сравнению с сознанием. Поведение человека определяется как результат комбинации сознательных и бессознательных процессов.

Положение о том, что *бессознательное всегда конфликтует с сознанием* нуждается в пересмотре. Сознательные и бессознательные силы могут действовать согласованно, конкордантно. В таких случаях человеку может казаться, что его активность рациональна и объяснима на уровне сознания. Однако, при этом упускаются из виду и не подвергаются анализу бессознательные причины действий. Если в процессе достижения цели бессознательные желания совпадают с их сознательным оформлением, деятельность человека будет особенно продуктивной, несущей в себе большую энергетику и элементы нового, креативного начала. Возможен и альтернативный вариант, при котором бессознательные силы мешают сознательным интенциям. В такой ситуации драйв препятствует реализации намеченной цели, отвлекая внимание на другие желания. В результате возникающего при этом конфликта появляются иррациональные мысли, пассивное фантазирование и аутистические переживания.

ПСИХОАНАЛИЗ СНОВИДЕНИЙ

Анализ сновидений занимает в психоанализе центральное место, что относится как к теории, так и к практике лечения. Исследование скрытого смысла сновидений позволяет понять некоторые содержания бессознательного, что может быть затруднено или невозможно при анализе пациентов, находящихся в бодрствующем состоянии.

Известное выражение Freud'a (1900) о том, что «интерпретация сновидений является королевской дорогой к познанию бессознательных активностей психики», стало тривиальным в психоанализе. Книга автора «Интерпретация сновидений» продолжает оказывать влияние на дальнейшее развитие теории бессознательного.

Freud считал, что в содержании сновидений содержится исполнение желания в замаскированной форме. Этим объясняется факт наиболее легкой интерпретации сновидений детского периода жизни, поскольку у детей еще не развита защитная символика и все психические процессы и состояния характеризуются непосредственным проявлением. Например, ребенку, отдыхающему с родителями на берегу реки, не разрешили поплавать на лодке, к чему он очень стремился. На следующую ночь он видит сон, отражающий реализацию своего желания: он многократно переплывает реку на лодке.

Действия сновидений обычно у детей легко интерпретировать. Они ярки, конкретны и связны, хотя в них может присутствовать и искажение, связанное с латентным желанием. Например, трехлетней девочке дают перевязанную лентой коробку

конфет, чтобы она подарила ее родственнице, к которой она вместе с родителями пришла в гости. Девочке снится сон, в котором она съела все конфеты, а ленту использовала для украшения кукол. Таким образом латентное желание реализовалось в сновидении («мне бы хотелось съесть эти конфеты – я ем эти конфеты»).

Сны, содержащие в себе прямое исполнение желаний, возникают у взрослых в ситуациях голода, жажды, перегревания, охлаждения и др. В подобных случаях имеет место сравнительно беспрепятственная взаимосвязь между возникшим в сознании желанием и его трансформацией в галлюцинаторное удовлетворение потребности во время сновидения.

На основании анализа сновидений с тематикой исполнения желаний, Freud пришел к заключению, что сновидения выполняют функцию сохранения сна, обеспечивая галлюцинаторное удовлетворение желаний. Этот постулат, принятый классическими психоаналитиками, представляется дискуссионным, так как исполнение желания в сновидении может приводить к пробуждению.

Если желания ассоциируются с эмоциональным конфликтом, противоречат социальным ограничениям, культурально акцептируемым нормам или нарушают требования реальности и адаптации, то прямое исполнение желаний даже в галлюцинаторной форме сновидения оказывается невозможным и поэтому вынуждено принимать замаскированный характер. Сновидение становится зашифрованным, и для того, чтобы раскрыть его настоящий смысл, необходимо не просто знать основное, например общее содержание символов женской и мужской сексуальности (символику различных предметов и активностей), но, прежде всего, индивидуальную систему сформированных жизнью ценностей, конфликты и травмы детского периода, а также события, предшествующие сновидению. Особое значение в этом процессе приобретают контакт с аналитиком и содержание трансференса, активизирующие те или иные бессознательные содержания. В связи с этим следует иметь в виду, что универсального значения символов сновидений не существует.

Freud акцентуировал внимание на необходимости разделения содержания сновидений на манифестные, о которых пациенты могут рассказывать без специального сопротивления, особенно в доверительной обстановке в информативном стиле, и латентные, остающиеся в бессознательном, вследствие влияния superego.

В этом контексте Freud (1916) приводит пример сна высококультурной элитарной дамы, которая увидела себя в ситуации, когда из «патриотических побуждений» она собиралась вступить в сексуальный контакт с солдатами. Дама рассказала об этом сне аналитику, дав сновидению резко отрицательную оценку, как чему-то отвратительному и глупому. Одна из особенностей этого сна заключалась в том, что в нескольких его местах, где в контексте должны были звучать социально неприемлемые выражения, например, при вульгарном обозначении сексуального акта, слова исчезали, и происходило нечленораздельное бормотание. В фабуле сновидения, когда эта респектабельная дама должна была выразить свои сексуальные устремления, обнаруживались выпадения из общего контекста. Содержание или прерывалось пустотой, или замещалось неартикулированным текстом.

Freud сравнивает механизм происходящего с политической цензурой: «Возьмите любую политическую газету, и вы обнаружите, что здесь и там текст отсутствует и на его месте не видно ничего, кроме белой бумаги…на этих пустых местах находилось то, что не понравилось высшим цензорским авторитетам, и по этим причинам было удалено. К сожалению, Вы чувствуете, что без сомнения это было наиболее интересным в газете, ее «лучшим хитом». В других случаях…автор заранее видел, какие тексты вызовут возражение со стороны цензуры и, в связи с этим,… слегка их модифицировал, или удовлетворился намеками и приближениями…».

Положение Freud'a о том, что сновидения представляют собой замаскированное исполнение репрессированных желаний, может быть продемонстрировано на многих

примерах из жизни любого человека. Тем не менее, содержание сновидений этим не исчерпывается, поскольку в их структуре сочетаются различные психические феномены, например, такие, как творческие идеи, страхи, картины природы, ландшафты, приятные и неприятные воспоминания.

Более полно смысл сновидений раскрывает Mollon (2002): «сновидения пытаются иметь дело со сферами эмоциональной жизни, которые беспокоят и включают конфликт и которые частично бессознательны в часы нашего бодрствования».

С точки зрения Bion (1977), сновидения функционируют в качестве «контактного барьера» между сознательной и бессознательной психикой. Этому барьеру свойственна двойная функция: с одной стороны, он позволяет определенной части бессознательных содержаний проявить, выразить себя в сознании спящего, с другой – блокировать большую их часть.

Контактный барьер, таким образом, предотвращает вторжение бессознательных материалов, делает невозможной инфляцию ими сознания, что могло бы привести к развитию психического расстройства.

Нарушение контактного барьера, согласно Bion'у, опасно. К такому нарушению может привести интерпретация сновидений. Некоторые пациенты при углубленном анализе сновидений испытывают страх сойти с ума.

Анализируя механизмы сновидений, Bion выделяет понятие «альфа функции», назначение которой в превращении сенсорных стимулов в эмоционально значимые репрезентации. Репрезентации соответственно органам чувств могут быть зрительными, слуховыми, осязательными, обонятельными и вкусовыми. В эмоционально значимой форме они усваиваются психикой и способствуют психическому развитию, для которого необходимо соблюдение постоянства процесса (в бодрствующем состоянии и во время сна). Нарушение возможности «видеть сны» является признаком прерывания процесса усвоения репрезентаций и клинически выражается в приступах паники у спящего пациента (Bion, 1977).

Сны «показывают» и «говорят» языком бессознательного, который отличается от языка сознательной психики, оперирующего в рамках аппарата психического процесса, где присутствует логика, соблюдаются определенные грамматические правила. *Язык сознания* является средством коммуникации, понятным для других людей, говорящих на том же языке. Используемый в сновидениях *язык бессознательного* оперирует, главным образом, зрительными образами, причем в последних в причудливых комбинациях одновременно существуют множественные значения. Описывая это состояние, Mollon (2002) для большей наглядности использует метафоры, в которых большое количество мыслей «разбито на части или свалено в кучу, а затем из него выжаты небольшие значения». Вместе с тем, такая аналогия не объясняет всей оригинальности творческих моментов, часто присутствующих в сновидениях.

Способность комбинировать в одном образе различные элементы значений Freud называл *конденсацией.* Конденсация была описана им как один из фундаментальных механизмов, посредством которых осуществляется «работа сна».

Различные элементы сновидения могут комбинироваться, образуя разнообразные формы. Один элемент как производное конденсации (какой-то человек, образ, предмет) может возникать неоднократно в различных «сно-мыслях».

Механизм конденсации не является исключительно прерогативой сновидений, он выявляется и в бодрствующем состоянии. Freud (1904, 1905) продемонстрировал, что конденсация является важным фактором в механизме юмора, в забывании слов.

Мы обнаруживаем его проявления при оценке эмоционально значимых лиц и ситуаций пациентами с шизотипическим личностным расстройством. Механизм конденсации проявляется и в образовании неологизмов, характерного явления в клинике шизофренических расстройств. Этот факт может быть использован в качестве

доказательства значения инфляции сознания бессознательными материалами в развитии психических расстройств психотического уровня.

Механизм конденсации в сновидениях облегчает функционирование цензуры superego, затрудняя объяснение смысла сновидения (в том числе, и его манифестного содержания). Из этого, однако, не следует, что сама конденсация является непосредственным результатом цензуры, она - скорее средство избежать последней.

Следует подчеркнуть, что главное в механизме конденсации - это свойство бессознательного мышления. Первичный процесс создает условия для осуществления и активации конденсации нескольких имиджей и может приводить к стиранию черт, которые не совпадают с желанием и сохранению тех, которые «подходят» к определенной теме.

Freud (1916 а) идентифицировал процесс конденсации как состоящий из нескольких компонентов:

1) полного исключения некоторых латентных элементов;

2) «пропуском» в манифестное сновидение только фрагмента некоторых комплексов латентного сновидения;

3) комбинацией тех латентных элементов, которые имеют что-то общее, со смешиванием последних в единое целое в манифестном сновидении.

Достаточно демонстративной формой проявления конденсации является, например, образ человека в сновидении, который состоит из черт различных знакомых людей. Этот образ может напоминать кого-то одного, быть одетым как кто-то другой, делать что-то, свойственное кому-то третьему, и, в то же время, спящий знает, что образ в целом представляет собой кого-то четвертого.

Такие сложные структуры могут комбинироваться из различных предметов, мест, у которых есть что-то общее, скрытое в латентном сновидении. Фактически конденсация приводит к созданию новой транзиторной реальности, которая в своем ядре имеет определенный общий элемент. Freud (1916 в) сравнивает возникающее в процессе конденсации наслоение друг на друга различных элементов с «затуманенным» и неясным имиджем, подобным наслоению нескольких фотоснимков на одном кадре.

Бессознательное функционирование, наряду с конденсацией, включает использование *механизма смещения* (Verschiebung, -нем.; displacement –англ.). Смещение заключается в том, что интерес, вовлеченность, интенсивность переживаний к какому-то человеку, объекту, событию, или идее отделяется от них и по ассоциативной цепочке перемещается к чему-то другому, что ранее не вызывало большой интенсивности вовлечения.

Freud выделял две формы смещения:

(1) замена одного элемента более отдаленным, напоминающим изначальный;

(2) смена акцента со значимого элемента на незначимый.

Leader, Groves (2000) указывают, что Lacan при описании процесса смещения использовал термин «соскальзывание символов», означающий, что слово, имеющее сравнительно точное знаковое значение в сознательном мышлении, в бессознательном легко соскальзывает от одного символа к другому.

В классическом психоанализе теория смещения связана с «экономической» гипотезой о том, что катектическая энергия (психическая энергия соединяется с идеей, частью тела, объектом, событием и др.) способна отделяться от идей и «проходить» по ассоциативным путям (Laplanche, Pontalis,1988).

Смещение особенно присуще первичному процессу, где энергия перемещается свободно от одного представления, образа или идеи к другим, что может приводить к возникновению патологического симптома, например, фобии. Смещение энергии на фобический объект сопровождается последующим ее «прилипанием» к объекту, локализацией и интенсификацией. В случаях конверсивных расстройств катектическая

энергия смещается из области идеи к соматике, к определенным частям тела, чувствительности, органам восприятия.

Анализ сновидений обнаруживает, что наиболее важная часть латентного содержания представлена незначительными деталями, недавними событиями или событиями давних периодов времени, которые уже стали объектом смещения в детстве.

Смещение является прерогативой первичного процесса, хотя оно наблюдается и при вторичном процессе, где его «диапазон ограничен и вовлекает лишь небольшое количество энергии» (Laplanche, Pontalis,1988).

Анализ различных механизмов функционирования бессознательного во время сновидений приводит Jung (1974) на примере сна одного из пациентов:

“Я оказался в небольшой комнате, сидящим за столом рядом с Папой Пием X, внешний вид которого был значительно более приятным, чем в действительности, что меня удивило. Я увидел большой апартамент с роскошно накрытым столом и толпу женщин в вечерних платьях. Внезапно я захотел помочиться и вышел. Когда я возвратился, желание возобновилось, я снова вышел и так несколько раз. В конце концов, я проснулся с желанием помочиться».

Пациент рассказал об этом сновидении, фиксируя внимание на его непосредственной связи с необходимостью удовлетворения физиологической потребности, что отразилось на содержании сновидения. Тем не менее, исследование ассоциаций, связанных с каждым элементом этого сна, позволило выяснить ряд более глубоких особенностей. Jung выделяет эти элементы и описывает ассоциации пациента:

(1) Сновидение рядом с Папой: «Точно также я в действительности сидел рядом с шейхом мусульманином, гостем которого я был в Аравии. Шейх это как бы Папа». Jung приходит к заключению, что латентный смысл части сна может быть связан с тем, что папа выполняет требования целибата, а шейх мусульманин нет. Пациент неженат, но ему бы хотелось иметь много жен, подобно шейху.

(2) Комната и апартамент с накрытым столом: «В доме моей кузины есть апартаменты, где позавчера я присутствовал на большом обеде».

(3) Женщины в вечерних платьях: «На этом обеде были дочери моей кузины – девушки брачного возраста». В этом месте рассказа пациент замолчал, проявив сопротивление его продолжению. Jung попросил его рассказать более подробно об этих молодых женщинах. Пациент сказал: «О, ничего особенного: недавно одна из них была в Ф. и гостила у нас некоторое время. Когда она уезжала, я вместе с моей сестрой проводил ее на вокзал». Пациент снова замолчал. Jung спросил, о чем он думает. «О, я как раз подумал о том, что я что-то сказал моей сестре, и при этом мы рассмеялись. Но что это было, я забыл». Затем пациент вспомнил: «На пути к вокзалу мы встретились с мужчиной, который поприветствовал нас и я, кажется, его узнал. Позже я спросил сестру: «Это был тот человек, который проявлял интерес к … (дочери кузины)?». Очевидно, пациенту также понравилась эта женщина, но она была обручена с человеком, напоминавшим встретившего их.

(4) Черты Папы: «Нос был резко очерченным и слегка заостренным». Jung спросил пациента о том, у кого он мог видеть такой нос. «У молодой женщины, которой я сейчас увлечен» и далее: «Да, его рот напоминает мне рот другой женщины, которая мне также нравится».

Фигура «Папы» в анализе Jung’а представляет типичную бессознательную репрезентацию: «Папа» является хорошим примером того, что Фрейд назвал бы конденсацией. Прежде всего, она символизирует спящего (жизнь в целибате), далее она является трансформацией полигамного шейха, затем человеком, сидящим рядом со спящим во время обеда, то есть, фактически, одной или скорее двумя женщинами, которыми увлечен спящий».

(5) Необходимость помочиться во время торжественной церемонии: «Это случилось со мной однажды. Было очень неприятно. Когда мне было около 11 лет, я был

приглашен на церемонию бракосочетания, В церкви я сидел рядом с девочкой моего возраста. Церемония продолжалась достаточно долго, и мне захотелось помочиться. Я сдерживал себя, пока не стало слишком поздно…».

Из ассоциаций спящего можно видеть, что во сне присутствуют темы сексуальных желаний пациента, его конфликтов с целибатом, его интереса к двум женщинам, поражения соперником, страхи унижения, постыдной потери контроля и намек на другие значения. Jung обращает внимание на затруднения пациента в изложении содержания сна и возникающих в связи с этим ассоциаций в результате включающейся цензуры.

Сам по себе сон неоднороден. Он включает в себя два отличающиеся друг от друга состояния, классический и парадоксальный сон. Человек спит парадоксальным сном 3-4 раза за одну ночь. В нормальных условиях процесс засыпания приводит к постепенному развитию классического сна, во время которого происходит прогрессирующее углубление сна. Классический сон длится около 90 минут и внезапно сменяется парадоксальным сном, характеризующимся быстрыми движениями глазных яблок, изменением частоты пульса, дыхания, психогальванического рефлекса и картины электроэнцефалографической активности. Парадоксальный сон длится около 10 минут и всегда протекает со сновидениями.

Установлено, что если человека будить несколько раз в течение ночи в период возникновения парадоксального сна и, тем самым не давать возможности ему развиться, то на следующий день его состояние изменится. Отличие будет выражаться в психологическом дискомфорте и беспокойстве, причины которого испытуемый объяснить не может. Оценивая свое состояние, он скажет, что «что-то не так», хотя от ощущения дискомфорта можно на время легко отвлечься «уходом» в общение или какую-либо другую деятельность.

Если у того же самого испытуемого в течение следующей ночи препятствовать развитию парадоксального сна, жалобы на наличие «странного» состояния усилятся. При этом возможно возникновение в воображении ярких образов, которые, как кажется их обладателю, контролируются сознанием и поэтому от них можно отвлечься, но стоит лишь слегка ослабить над ними контроль, как эти яркие образы будут возникать снова.

Если эксперимент с прерыванием парадоксального сна проделать в третий раз, то процесс отвлечения от снов наяву будет затруднен. В беседе с таким человеком нельзя не заметить, что иногда он отвечает на вопросы явно невпопад, что связано с отсутствием полного контроля своего состояния и с отвлечением на внутренние образы.

Продолжение эксперимента приведет к возникновению состояния спутанности. При этом появляется подозрительность к коллегам, несмотря на сложившиеся хорошие отношения с ними. Испытуемый жалуется на наличие мыслей о том, что ему хотят навредить, дискредитировать его в глазах окружающих, поэтому, находясь, например, в кафе, он не пьет кофе, из-за боязни быть отравленным. У него могут возникать состояния, во время которых наступает полное «отключение», и он как бы засыпает. Субъективно он отмечает, что на него как бы накатывается сон, с которым он не может бороться. Описанные симптомы могут ошибочно квалифицироваться, как обычное недосыпание, но, если проводить этот эксперимент по-другому и будить человека в состоянии обычного классического сна, такой испытуемый будет жаловаться только на сонливость.

Наблюдения показывают, что процессы, происходящие во время парадоксального сна, имеют большое значение и могут быть расценены как «третья фаза жизни».

Поскольку классический психоанализ рассматривает сновидения как выражение бессознательного, их анализу придается чрезвычайно большое значение.

Свободные ассоциации «соприкасаются» со сновидениями. Пациент, лежащий на диване и рассказывающий психоаналитику все, что приходит ему в голову, очевидно, говорит также и о своих сновидениях. Психоанализ - основной путь проникновения в бессознательное. Во время сна происходит релакс сил, сдерживающих доступ к бессознательному. Контроль ego и superego над бессознательным ослабевает и возникает

возможность проникновения бессознательных материалов в сознание. При этом наиболее легко воспроизводятся материалы пресознания, которые касаются недавних событий. Возникает вопрос, почему воспроизводятся те, а не иные бессознательные материалы? Прорыв в сознание той или иной репрессированной информации возможен, в связи с ослаблением контроля.

Классические психоаналитики полагают, что одна лишь угроза того, что скрытые в бессознательном материалы могут прорваться в сознание, провоцирует тревогу, которая возникает во время сна. Это может приводить к пробуждению. Появляющиеся сновидения человек «не досматривает», т.к. возникающее при этом тревожное возбуждение приводит к просыпанию.

Существует и другой механизм, связанный с тем, что сновидения защищают себя с помощью психологических защитных механизмов. Одним их таких механизмов является маскировка, во время которой содержание сновидения становится менее угрожающим в связи с приобретением символической формы.

В тех случаях, когда человек искусственно лишен парадоксального сна или время этого сна сокращено, (например, при приеме снотворных), сон становится неполноценным. Возникает состояние, условно называемое «повышением давления парадоксального сна». То есть организм стремится восстановить нарушенное равновесие. Клинически это выражается в возникновении напряжения, повышении артериального давления, сердцебиении, риске развития различных кризисных вегето-сосудистых расстройств.

Люди иногда говорят, что не помнят снов. Это во многом зависит от времени пробуждения. Если человек просыпается во время классического сна, он может не помнить содержания сновидения, имевшего место в предшествующем парадоксальном сне. Это связано с тем, что классический сон может стереть *энграмму.* У одних людей это выражено в большей, у других – в меньшей степени. При просыпании во время парадоксального сна содержание сновидения остается в памяти. Бывает и так, что, проснувшись во время этого сна и, восстановив увиденное в памяти, человек приходит к выводу, что, поскольку в сновидении есть какой-то важный смысл, он порассуждает на эту тему завтра, но, снова заснув и проснувшись, он осознает, что ничего не помнит. Это связано с тем, что после сновидения развился классический сон и энграмма потерялась.

Содержание сновидений помогает аналитику понять проблемы пациента. Поэтому так важно регистрировать сновидения и работать над ними вместе с пациентом, что бывает невозможным, если он их не помнит. В процессе психоаналитической терапии пациент начинает лучше вспоминать содержание сновидений.

Существует несколько методов, помогающих запомнить сновидение. Согласно одному из них, перед засыпанием пациент кладет рядом с подушкой диктофон и в момент пробуждения фиксирует несколько фраз или хотя бы ключевое слово, которое отражает какую-то часть переживаний. Иногда достаточно вспомнить этот фрагмент и содержание сна восстанавливается в памяти.

Во время сновидения происходит ослабление контроля ego и superego и прорыв в сознание вытесненных комплексов и переживаний различного содержания, которые оказывают постоянное давление на сознание, стараясь вторгнуться в него. В сновидении предоставляется такая возможность, и содержание бессознательного оказывается в сознании спящего. Если эти материалы достаточно эмоционально неприятны, пугающи, насыщены отрицательными эмоциями, психика начинает защищаться от их прорыва в сознание и сразу же возникает защитная реакция.

Например, человек начинает видеть кошмарный сон и просыпается. Кроме того, в результате действия механизмов психологической защиты даже при ослаблении во время сна контроля ego и superego этот контроль существует и приводит к тому, что часть сновидения прорывается в сознание в измененном, замаскированном, а не в первоначальном виде. В сновидении содержится индивидуальная или общепринятая

символика, имеющая определенную окраску, подразумевающая разнообразные смысловые оттенки.

То, что человек видит во сне и о чем он может рассказать, называется *манифестным сновидением,* представленным в системах образах содержанием. За манифестным содержанием скрывается *латентное содержание сновидений,* анализу которого в психоанализе придается особое значение. Латентное сновидение представляет скрытый смысл, который следует расшифровать. Анализ латентного сновидения может быть достаточно сложным из-за возникающего сопротивления психики усвоению негативной или несовместимой с superego информацией. Латентное содержание оперирует символами. В классическом психоанализе особое значение придается сексуальной символике.

Классическая *трактовка символов* обычно сводится к:

1.*символике сексуального акта* (движение по лестнице, преодоление какого-то препятствия и пр);

2.анализу *символов, отражающих мужские и женские половые органы*. Эта часть интерпретации сновидений остается недостаточно аргументированной.

При анализе сновидений необходима осторожность в трактовках символики, которая может иметь разнообразное значение. Так, например, образы ужа и змеи означают в классическом психоанализе символы мужской сексуальности. На самом же деле, это может трактоваться как символ мудрости, а также иметь смысл, отражающий локализацию процесса в глубинном бессознательном с возникновением архетипных образов. Поэтому однозначный анализ этих, как и других, символов может оказаться неадекватным. Психоаналитическая интерпретация сновидений может быть проиллюстрирована следующими наблюдениями:

Наблюдение 1. Женщина, муж которой страдает от не очень серьезной болезни, видит себя во сне гуляющей по улице города и встретившей своего знакомого, с которым она не виделась с момента окончания университета. Она рада встрече. В процессе прогулки женщина заходит в шляпный магазин (шляпа-символ женской сексуальности) и начинает примерять очень дорогие шляпы, которые не очень ей подходят. В момент приобретения шляпы, стоимость которой для нее нереальна, ее знакомый стоит сзади. Женщина просыпается с ощущением неприятного эмоционального состояния.

Анализ сновидения проводился с использованием следующей интерпретации. Встреченному случайно мужчине пациентка симпатизировала во время обучения в университете. Он испытывал по отношению к ней аналогичные чувства, но, в связи с разницей в их социальном статусе, она не решалась пойти на встречу этим чувствам, испытывая чувство стеснения. Это привело к разрыву отношений. Выйдя замуж за другого, пациентка постоянно испытывает материальные затруднения, препятствующие приобретению дорогостоящих и нравящихся ей вещей. Вдруг во сне она видит человека, который «ассистирует» ей при покупке шляпы, несмотря на то, что она давно не вспоминала о его существовании. Встреча позволяет женщине осуществить в присутствии своего знакомого то, что она не могла реализовать в реальной жизни. В случае наличия между ними близких отношений, проблема приобретения дорогих вещей для нее была бы снята. Дальнейший анализ сновидения позволил выделить еще одну деталь, о которой пациентка вначале не рассказала. Выбранная ею шляпа была черного цвета. Новая информация привел аналитика к пониманию причины того, почему сновидение, казалось бы, столь нейтрального характера, вызвало у пациентки ситуацию сильного дистресса. Это было связано с представленной в сновидении тематикой траура (черный цвет шляпы), отражающей глубоко скрытое желание смерти мужа, который на момент обращения жены к психоаналитику был болен.

*Наблюдение 2.*_ Пациентка рассказывает о сновидении, которое ее очень испугало. Она увидела себя лежащей в окружении ряда горящих свечей на чем-то, напоминающем стол. Возникшие ассоциации со смертью спровоцировали появление сильного страха.

Появившийся из-за шкафа незнакомый мужчина, открывает шкаф и начинает выбрасывать его содержимое, откладывая отдельно самые дорогостоящие из ее платьев. Приближение мужчины, казалось бы, должно было бы вызвать у пациентки страх, но у нее при этом появляется чувство облегчения и уверенности. В это время раздаётся стук в дверь. Открыв ее, женщина видит на пороге своего мужа, который пытается ей что-то сказать. Действия мужа вызывают у нее неприятные ассоциации, но никто из стоящих по обе стороны порога его не переступает. Пациентку испугал сон, во время которого она увидела себя умершей. Анализ предшествующих событий показал наличие в жизни женщины большого количества желаний, которые она не могла реализовать т.к. муж, с одной стороны, отрицательно относился к ее самостоятельности, а, с другой, - постоянно упрекал ее в том, что она тратит много денег на приобретение ненужных, с его точки зрения, вещей и неадекватной оплаты способов своего времяпрепровождения. Она решила пойти работать и стать самостоятельной. То, что она увидела себя мертвой в сновидении, означает, что какая-то часть ее личности действительно умерла. Мужчина, выбрасывающий вещи из шкафа, - ее анимус. С ним связано охватившее пациентку чувство облегчения. Муж, стоящий по ту сторону порога, находится вне ее психического мира, поэтому она и не может установить с ним контакт.

Расшифровка символов носит весьма относительный и часто односторонний характер. Символика может быть неоднозначной.

Так, например, в сновидениях достаточно часто возникают сюжеты, в которых присутствует вода, озеро, океан, колодец. Спящий спускается в воду и погружается в нее.

С точки зрения классического психоанализа, такие сновидения интерпретируются как желание вернуться в материнское чрево (околоплодные воды). В то же время сновидение может означать стремление к возврату в океан коллективного бессознательного. В каком-то частном случае сновидение с таким сюжетом отражает пережитый страх утопления или попытку покончить с собой таким образом. Сновидения с погружением в воду появляются у пациентов в процессе психоанализа и отражают необходимость «погрузиться» в свое прошлое для поиска причины беспокоящей проблемы. Hadfield (1964) считает, что такие сновидения непосредственно связаны с мифологией и ассоциируются с «необходимостью спуститься в ад, прежде чем подняться на небо». Данте был вынужден «спуститься» в ад своего бессознательного и только после этого он смог понять смысл жизни. Таким образом, один и тот же символ может быть интерпретирован по-разному. Само погружение в бессознательное может иметь смысл поиска причины нарушения и, в то же время, рассматривается как необходимый элемент обновления, использования неистощающегося источника энергии.

Следующим примером является символика пещеры, или символика чаши. С точки зрения Freud`a, это символы женской сексуальности. Пещера и чаша символизируют влагалище.

Тем не менее, Jung оценивает эти символы как архетипы. Из пещеры вытекают ручьи, вода из которых обладает омолаживающим, несущим жизнь, целебным эффектом. Вода из Лурдской пещеры имеет способность мистического исцеления, сам по себе секс может быть символом мудрости. Библейская Ева съела яблоко из древа познания, будучи соблазненной змеем (мужской сексуальный символ). Таким образом, сексуальные символы во фрейдистской интерпретации могут представлять и другие аспекты.

Интерпретация сновидений облегчается при использовании техники *свободных ассоциаций.*

Пациенту предлагается лежа на кушетке, успокоиться, отвлечься от посторонних влияний улицы, работы, настоящей ситуации; вызвать у себя состояние между сном и бодрствованием, и при этом говорить всё то, что ему «приходит в голову». Некоторым пациентам бывает трудно вербализовать содержание потока сознания. Им предлагаются вспомогательные методы. Например, рекомендуют представить, что они едут в поезде, смотрят в окно на пейзаж и фиксируют на нем внимание так же, как и на своих мыслях.

Считается, что во время этого процесса пациент иногда говорит то, что отражает материал, прорвавшийся из бессознательного. Это могут быть отдельные слова и целые предложения, отражающие бессознательные желания, различного рода страхи, отношение к происходящей психоаналитической терапии, к аналитику и т. д. Пациент может начать о чем-то говорить и вдруг останавливается. Случившаяся задержка требует особого внимания. Следует проанализировать, когда она происходит и с чем связана. Целесообразно связать содержание свободных ассоциаций с тем, что дает анализ содержания сновидений.

В анализе сновидений специалисты стараются придерживаться следующего правила. Сновидение нельзя интерпретировать, обращая внимание только на его содержание, иначе его оценка будет носить субъективный характер. Для интерпретации сновидений необходимо знать в каком контексте оно возникло, и какие события в жизни человека предшествовали появлению именно этого сновидения.

Анализ аналогичен работе с ТАТ, когда пациенту предлагается придумать, пофантазировать, порассуждать и рассказать не только о том, что он видит на предлагаемой ему картинке, но и о том, что происходило до события, которое он увидел на картинке и то, что, по его мнению, будет происходить после этого события.

Пациенту предлагается рассмотреть сновидение как звено общей цепи событий. Зачастую приходится возвращаться к анализу уже обсужденного ранее сновидения в контексте конфликта и событий жизни, имеющих для пациента особое значение.

Можно обратиться к пациенту с просьбой еще раз вернуться к сновидению и постараться вспомнить какие-то детали, на которые он раньше не обратил внимания; связать воедино несколько сновидений, следующих одно за другим через определенный промежуток времени, и отыскать наличие общего компонента, который был бы характерен для каждого сновидения.

Рассказ о сновидениях требует *вторичной ревизии,* т.к. сновидение само по себе носит фрагментарный характер и для достижения логичности и последовательности изложения необходима когезивность (спаянность). Несмотря на то, что этот процесс происходит автоматически в бодрствующем состоянии, необходим элемент волевых усилий, включающий преодоление психологической защиты.

Freud выделял такие понятия, как толкование (интерпретация) сновидений и работа сновидений. *Под работой сновидения* понимается бессознательно происходящая операция, в процессе которой латентное содержание сновидения превращается в манифестное (происходит перевод скрытого смысла сна в явный). *Толкование сновидений* – попытка диагностировать скрытый смысл сновидений. Именно поэтому, психоаналитическая трактовка сновидений должна проводиться с учетом дифференциации латентного и манифестного его содержания.

В интерпретации сновидений важно акцентировать внимание на феномене *перемещения.* Самая важная часть сновидения может находиться где-то в стороне, будучи отодвинутой на второй план.

Например, пациент во сне переживает ощущения, связанные как будто бы с проникновением под его кожу каких то насекомых. Он обращается к знакомому врачу, который объясняет возможные причины таких ощущений, называя чесотку, трофические расстройства и т. д. В то же время, он обращает внимание пациента на возможную связь этих ощущений с состоянием его сердечно-сосудистой системы.

Между тем психоаналитическое исследование показывает, что пациент является человеком с гипертрофированным чувством собственной значимости и страхом потери уверенности в себе. Обращение к психоаналитику явилось для него серьезным шагом к преодолению себя, т.к. во время визита он должен был рассказывать о себе то, что, с его точки зрения, его компрометирует. Результатом переживаний явились боли в области сердца и сновидение, в котором проникновение психоаналитика в ментальное пространство пациента трансформировалась в попадание под кожу насекомых. Это

привело к фиксации на сердцебиении и болях в области сердца, которые хотя и нашли отражение в сновидении, но возникли на втором плане.

Интерпретация сновидений должна включать понимание того, что часть приснившихся образов может быть непосредственно связана с осознаваемой личностью пациента, а какая-то другая представляет вытесненную и скрытую в бессознательном.

Так, например, пациентке часто снится, что кто-то стучит в окно. Когда она подходит к окну, она видит красивую женскую фигуру. Сама пациентка как защитный механизм выбрала для себя подчеркнуто мужественный стиль, как в одежде, так и в манере поведения. Женская часть ее личности недостаточно реализуется и, прорываясь в сновидениях, находит символическое выражение в стуке в окно и стремлении войти. В этом сновидении ассоциацию следует искать не с другим человеком, а с набором качеств, присущих данной пациентке.

Как уже указывалось, в силу того, что у детей в меньшей степени представлен контроль сознания, содержание их сновидений носит более манифестный и менее латентный характер. Большая часть детских снов содержит в себе реализацию желаний без каких-либо упреков со стороны ребенка в свой адрес. Ребенка привели к аттракциону с железной дорогой, он прокатился по ней, ему хотелось еще, но взрослые не разрешили. Во сне он видит настоящую железную дорогу, по которой он едет столько времени, сколько хочет и получает от этого удовольствие. Такого рода сновидения обеспечивают прямую реализацию желаний.

Детские сновидения отражают непосредственно увиденное и пережитое. В них могут содержаться элементы сказок, которые произвели на ребенка сильное впечатление. В большей степени такие сновидения включают в себя материалы глубинного бессознательного. Видимо, поэтому детские сны часто сопровождаются ночными страхами.

Какая то часть сновидений остается не понятной и не расшифрованной. Это связано с тем, что сновидения, неподдающиеся интерпретации, отражают какую-то матрицу психики, репродуцирующую содержание образа, выходящего за пределы личностного опыта. Такие сновидения относятся к разряду редких, не встречающихся в повседневной «ночной» жизни. Как правило, они возникают во время каких-то значимых событий, перед принятием важного решения, в кризисные периоды жизни. Они как бы подсказывают человеку не решение вопроса, а необходимость призадуматься и сконцентрироваться на себе, остановиться и оглядеться. Содержание этих снов может быть разным, но в них обычно присутствуют круги, квадраты, мандалы, большие пространства, залитые водой; стихийные бедствия (наводнения, пожары); ящерицы, змеи, крокодилы, доисторические животные и.т.д. Эти сновидения, в отличие от обычных, всегда хорошо запоминаются и практически не забываются.

ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС

«Не верь тому, что тот, кто старается успокоить тебя,
беззаботно живет среди тех простых и спокойных слов,
которые иногда доставляют тебе удовольствие.
В его жизни много трудностей и грусти…
Если бы было по-другому, он никогда не смог бы
найти эти слова».

Rilke (1904).

В процессе общения с пациентом на каком-то этапе анализа появляется *перенос* – трансференс, который заключается в том, что, не отдавая себе отчета в происходящем,

пациент начинает видеть в аналитике не его, а кого-то другого. Обычно в этой роли выступает значимый человек из прошлого - фигура матери отца, родственника, учителя, человека, с которым могут быть связаны как отрицательные, так и положительные переживания.

Общаясь с психоаналитиком, пациент через какое-то время начинает автоматически переносить на него переживания, связанные с прошлой жизнью. Он видит в аналитике какую-то фигуру или часть фигуры из своего прошлого и, входя в этот процесс, во все большей степени «включает» повторные переживания ситуаций, которые когда-то происходили в его жизни.

Аналитик выступает в этом процессе, с одной стороны, как человек, который должен интерпретировать бессознательные процессы, а, с другой, - становится объектом процессов, которые проецируются на него. Перенос возникает при любом сколько-нибудь длительном контакте с пациентом.

Концепция переноса получила широкое освещение в литературе. Достаточно подробный обзор исследований переноса, охватывающий период до второй половины XX века, был представлен Orr'ом (1954).

Freud (1917) выделял в переносе *три основных критерия*: неадекватность, сопротивление и фиксацию на прошлом. Freud подчеркивал, что перенос неадекватен, так как не соответствует по содержанию месту и времени аналитической ситуации.

В своем отношении к переносу Freud всегда старался уменьшить влияние аналитика и аналитической ситуации на базисные характеристики переноса. В своих ранних работах он называл перенос «ложной связью» между врачом и фигурой, появляющейся из прошлого пациента. Freud называл проявления переноса «компульсией и иллюзией» (Brener, Freud, 1883-1895), которые «растворяют» значение анализа.

Freud (1917) писал: «Мы преодолеваем перенос, указывая пациенту, что его чувства не возникают из настоящей ситуации и не относятся к личности врача, а повторяют что-то случившееся с ним раньше» (с.443-444).

В то же время в работе 1900г. Freud высказывает утверждение, фактически открывающее возможности принципиально иных интерпретаций переноса: «Бессознательная идея как таковая почти не способна войти в пресознание…она может только вызвать…там эффект, установить связь с идеей, которая уже относится к пресознанию, перенося на нее свою интенсивность и позволяя себе «быть покрытой» ею» (с.562).

Freud считал, что переносы в сновидениях возникают посредством перемещения катексиса с бессознательного желания на остатки впечатлений, полученных в течение прошедшего накануне дня. Можно предполагать, что такой же процесс может возникать и в аналитической ситуации. Резидуальные переживания аналитической ситуации оказываются избирательно связанными с бессознательной идеей, становятся местом фиксации переноса (Loewald, 1960).

Критерий сопротивления в переносе подчеркивается в определении Chessick'а (1986): «Перенос представляет собой форму сопротивления, при которой пациенты защищают себя от воспоминания и обсуждения своих инфантильных конфликтов посредством высвобождения их».

Fenichel (1954) предложил определение переноса, которое было акцептировано многими и в связи с этим получило широкое распространение: «При переносе пациент неправильно понимает настоящее в терминах прошлого, стремится, не распознавая природы своих действий, оживить прошлое и прожить его более удачно, чем он это совершил в детстве. Он «переносит» прошлый подход на настоящее».

Stolorow, Lanchmann (1985) рассматривают перенос в качестве «организующей активности». Они исходят из концепции, что пациент, находясь в терапевтических отношениях с аналитиком, включает эти отношения в свою психику, ассимилирует

влияние аналитика. С точки зрения авторов, перенос в своей основе не является регрессом, перемещением, проекцией или нарушением, а «ассимиляцией аналитических отношений в тематические структуры…субъективного мира». Перенос отражает универсальное стремление человека организовывать приобретаемый опыт и создавать значения, а не сводить к драйву повторения прошлого, ради самого повторения.

Долгое общение с пациентом приводит к тому, что аналитик невольно начинает включаться в контакт с ним на глубинно психологическом уровне. Развивается контрперенос на пациента.

Laplanche, Pontalis (1988) определяют контрперенос как «целостную бессознательную реакцию аналитика на анализируемого пациента, особенно – на его перенос». Таким образом, перенос и контрперенос дефинируются как тотальные реакции пациента и аналитика друг на друга.

Freud (1910) считал контрперенос «результатом влияния пациента на бессознательные чувства аналитика». Относясь отрицательно к контрпереносу, Freud рекомендовал в целях ослабления его влияния прохождение аналитиком персонального анализа.

В постфрейдовский период в литературе дискутируется вопрос о возможности и необходимости использования контрпереноса в аналитической терапии. Контрперенос оценивается как чрезвычайно важный процесс, который имеет ключевое значение не только в лечении пациента, но и для личностного роста и профессионального совершенствования аналитика (Little,1951; Searles, 1975; Gorkin, 1987; Bollas, 1987; Maroda, 1994 и др.).

Одна из центральных проблем этого положения заключается в ответе на вопрос: следует ли аналитику раскрывать перед пациентом возникновение, содержание и динамику контрпереноса. В этом контексте Benedek (1953) обращала внимание на отрицательные последствия игнорирования аналитиком того факта, что пациент в процессе аналитического лечения постепенно начинает разбираться в переживаниях аналитика и его психическом состоянии.

Tauber (1954) придерживался того же мнения, указывая, что, если аналитик занимает пассивную позицию, сохраняет роль инкогнито, то пациент, как правило, также не раскрывает себя. Автор полагает, что раскрытие содержания контрпереноса способствует успеху анализа, помогает «добраться до истины».

В то же время Langs (1978), Kohut (1971) и др. проявляют в этом вопросе сдержанность. С одной стороны, они придают большое значение эмпатизированию пациента, с другой – стараются сохранять инкогнито аналитика.

Langs относится к содержанию контрпереноса как к табу.

Tansey и Burke (1989) выделяют по данным литературы *три подхода в отношении к раскрытию контрпереноса*:

1.консервативный (Reich,1960; Langs,1978 и др.);

2. умеренный (Greenson,1974; Winnicott,1949 и др.) и

3. радикальный (Little,1957; Searles, 1973 и др).

Сторонники консервативного подхода считают, что контрперенос полезен для аналитика, но его раскрытие вредно как для пациента, так и для аналитика.

Умеренный подход допускает «дозированное» периодическое раскрытие в подходящих для этого ситуациях.

Радикальный подход относится к раскрытию переноса как к интегральной части аналитического процесса.

Gorkin (1987) выделяет несколько причин, определяющих необходимость раскрытия контрпереноса. К ним относятся, в частности, подтверждение чувства реальности у пациента; преодоление состояния застоя и пассивности в аналитическом процессе; усиление честности и искренности аналитика.

Maroda (1994) считает, что раскрытие контрпереноса необходимо для стимулирования у пациента процессов осознавания и акцептации истины. Аналитик, находясь в контакте с пациентом, определяет с его помощью наиболее подходящий временной период раскрытия с целью «не перенагружать» пациента проблемами.

С точки зрения Little (1951), раскрытие переноса приводит к более раннему распознаванию конфликтов, создает благоприятные условия для более глубокого эмоционального переживания; разрушает возникающие в процессе анализа патовые ситуации; способствует эмпатическому прорыву в терапевтических отношениях. Little рассматривает контрперенос в качестве «движущей силы» в аналитической терапии. Контрперенос определяет, по мнению автора, успешную комбинацию стремлений id как пациента, так и аналитика, в связи с особой идентификацией аналитика с пациентом.

Searles (1975) обращает внимание на то, что пациенты, регрессировавшие в процессе анализа на ранние уровни функционирования ego, рассматривают аналитика как переносную мать (“transference mother”) и проявляют потребность «лечить» аналитика. В связи с этим Searles подчеркивает обостренную способность пациентов бессознательно воспринимать «болезненные компоненты» аналитика и интроецировать их во время симбиотической фазы лечения.

Bollas (1987) также акцентуирует значение взаимной регрессии в аналитических отношениях, так как при этом создаются условия для глубокой эмпатии.

Bollas считает, что только делая хороший объект (аналитика) временно «безумным», пациент убеждается в том, что «аналитик побывал там, где он (пациент) находился, выжил и сохранился неповрежденным с чувством собственного Self'a». В этом смысле в анализе необходимы временные ситуации переноса – контрпереноса, «в которых пациент и аналитик «безумны» вместе, за чем следует взаимное лечение и взаимное становление ядерного Self'a».

В то же время Racker (1968) усматривает опасность в использовании контрпереноса при появлении у аналитика бессознательной потребности удерживать пациента в болезненном состоянии и после фактического минования нарушений, с целью повторного переживания успехов в лечении.

В целом интерпретация контрпереноса усиливает значение отношений в аналитической ситуации, включая защитное дистанцирование и личную анонимность, к которой привыкли многие аналитики. Контрперенос заставляет аналитика активно и творчески перерабатывать свои чувства, мысли и даже бессознательные желания.

По мере формирования переноса активизируется бессознательное и усиливаются сновидения. Сны становятся не только более частыми, но и более яркими. Поскольку сновидения обладают большой информативностью, необходимо использовать их. Тем не менее, следует принимать во внимание, что у некоторых людей проникновение в бессознательное может активизировать не только индивидуальное, но и более глубинное бессознательное, что может спровоцировать возникновение психических расстройств.

Классический психоанализ основан на постоянном собеседовании. Существует большое количество пациентов, с которыми говорить крайне трудно или невозможно. Такие *«неанализируемые» пациенты* имеют следующие характеристики: они подозрительны, не доверяют словам, их предшествующий жизненный опыт научил, что слова - это декорации, за которыми может ничего не стоять. «Мало ли что он говорит!» – думает пациент. «Он говорит это потому, что должен чем-то заполнить время. Какое это имеет значение для меня?». Некоторые пациенты формально соглашаются с аналитиком, абсолютно не работая над собой. Часть из них может отвергать врача, он может вызывать у них раздражение. В таких случаях психоанализ крайне затруднен. Наряду с этим встречаются интуитивные люди, обладающие способностью эмпатизировать отношение к себе и диагностировать даже незначительные элементы формализма, что имеет большое значение при анализе переноса и контрпереноса. С этой категорией пациентов работают психотерапевты, использующие бессознательную коммуникацию.

БЕССОЗНАТЕЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

Согласно концепции Balint'a, Langs'a (1992-1996), то, что содержится в бессознательном, существенно влияет на коммуникацию между пациентом и аналитиком уже во время их первой встречи. Эта сторона процесса, как правило, ими не улавливается. По мере «врабатывания» и интенсификации коммуникации влияние бессознательных процессов возрастает.

Выделяют *два уровня коммуникации*. Один происходит поверхностно и выражается определенными словами и фразами. Второй находится более глубоко. Знакомство со стенограммой психоаналитического сеанса не даст полной картины происходящего из-за отсутствия возможности перцептировать во всем многообразии сложившуюся ситуацию. В связи с этим возникает основа для непонимания или неправильного взаимопонимания. Какие-то, казалось бы, малозначимые слова или активности аналитика могут быть важны для пациента, фиксирующего их на бессознательном уровне. Эта фиксация приводит к оживлению и стимуляции бессознательных процессов. Оба субъекта коммуникации могут вначале не замечать эти нюансы, но через какой-то период времени оказывается, что они были крайне важны для течения коррекционного процесса.

Langs в связи с этим указывает на значение так называемых *триггеров*-пусковых стимулов, включающих ключевое слово, паузу, элемент обстановки, появление какого-то нового фактора в виде звука, человека, запаха, шума, шагов в коридоре и пр. Автор придает значение необходимости поиска триггера в каждой конкретной аналитической ситуации. Триггеры могут исходить от самого пациента, который может быть носителем бессознательных всплесков, нацеленных на привлечение внимания аналитика.

Стремление информировать врача формируется на бессознательном уровне, поэтому пациент не отдает себе отчета в том, что происходит. Возникает изменение эмоционального состояния в виде неожиданных колебаний настроения и потери мотивации к дальнейшим сеансам. Всё вдруг становится плохо, хотя несколько секунд тому назад наблюдалась противоположная картина. Поэтому процесс выслушивания пациента достаточно сложен.

Процесс выслушивания и понимания информации, когда аналитик просто фиксирует слова и предложения пациента такими, как они есть с точки зрения синтаксикса и грамматики, Langs назвал *манифестным выслушиванием.*

Смысл *деривативного* избирательного выслушивания заключается в том, что аналитик слышит не только то, что говорит ему пациент, но старается услышать нечто большее, скрывающееся за произнесенными словами, поскольку то, что стоит за ними, имеет гораздо более важное значение. Речь идет о необходимости акцентуации внимания на значении бессознательной коммуникации, которая носит обоюдный характер, т.к. пациент точно так же может деривативно выслушивать аналитика, обращая внимание не на формальную сторону воспринимаемой информации, а на то, что спрятано за ней. Langs использует термин *закодированность слова,* фразы. На сознательном и бессознательном уровнях человек склонен к стереотипным повторениям, которые могут носить закодированный характер. Задача анализа заключается в хотя бы частичной расшифровке этого закодированного смысла.

Кроме манифестного и деривативного выслушивания, аналитик в процессе общения с пациентом отыскивает и анализирует триггеры. У каждого пациента существует своя система триггеров.

Langs считает бессознательную коммуникацию между аналитиком и пациентом более продуктивным и идеальным вариантом общения. В работах автора можно встретить трудно переводимое выражение core madness (core-нуклеарный, ядерный, стержневой; madness - безумие, сумасшествие). *Выход аналитика на бессознательный*

уровень контакта сопровождается развитием внутреннего, ядерного безумия. Если глазами стороннего наблюдателя посмотреть на то, что происходит во время сеанса, может сложиться впечатление, что аналитик сошел с ума, т.к он может произносить несвязные фразы, не позволяющие понять, о чем вообще идет речь. При этом происходит перескакивание с одного незаконченного предложения на другое, используются слова, значение которых не ясно наблюдателю, но понятно аналитику и пациенту.

Langs выделяет *несколько типов* такой коммуникации, как важного способа общения. К ним относятся:

Тип А – коммуникация, во время которой аналитик старается, например, выявить правду, обращает внимание на последствия и взаимовлияния событий и фактов в разговоре. Это способствует установлению доверительных отношений.

Тип В – аналитик пытается понять закодированный скрытый смысл происходящего и стремится добиться возникновения у пациента self-processing, при котором процесс начинает происходить самостоятельно. Пациент должен войти в эту вторую форму коммуникации таким образом, чтобы она не казалась ему необычной и странной.

Тип С - молчание. Молчание может быть разным: пустым, угрожающим, интимно очаровательным, релаксирующим (успокаивающим), анализирующим. Этот важный молчаливый элемент психоанализа, естественно, невозможен при первом контакте и возникает на одном из последующих этапов общения. В процессе анализа используются разные техники молчания. При целенаправленном молчании пациенту предлагается помолчать и подумать о том, что происходит. Обоими субъектами коммуникации берется пяти-десятиминутный тайм аут. Молчание имеет большое значение для переосмысления жизненных взглядов, появления новых идей, умозаключений, концепции. Молчание присутствует не только в обычном разговоре с пациентом, но и во всех аналитических процедурах, о которых упоминает Langs.

Многие аналитики применяют эти техники при анализе сновидений и свободных ассоциаций с той лишь разницей, что классические психоаналитики в процессе свободных ассоциаций не вмешиваются в поток сознания пациента, а специалисты, использующие техники Langs'а, прерывают его уточняющими вопросами, замечаниями для того, чтобы «запустить» какой- то процесс или усилить его. В связи с этим абсолютно иначе выглядит анализ сновидений, в процессе которого аналитик старается выделить, «схватить» что-то не просто символическое, а недоговоренное пациентом, неразвитое им в достаточной степени.

В современном психоанализе придается особое значение использованию *нарративного метода* – рассказа. Формируется нарративное направление. Речь идет о том, что пациенту предлагают рассказывать о себе, своих родственниках, о событиях из жизни, воспоминаниях детского периода и пр. Несомненным достоинством нарратива является то, что во время рассказа пациенты много фантазируют. Их фантазии «идут» из бессознательного и отражают те темы, чувства и эмоции, которые очень важны для них и о которых они ни с кем раньше не говорили.

Нарратив предоставляет аналитику существенный материал, который может быть использован для лучшего понимания проблемы пациента. Некоторые специалисты уже на первой встрече предлагают ему рассказать о том, что он хотел бы обсудить. Практика показывает, что большинство людей, даже интровертированных, любит рассказывать и обсуждать свои проблемы. Значительное их количество не имеет возможности сделать это в другом месте. На работе говорить о своих проблемах не принято, дома все заняты своими делами. Психоаналитик не только предоставляет пациенту возможность рассказать и выговориться, но и с интересом выслушивает его.

Нарратив является хорошей психологической разгрузкой. В процессе рассказа пациент не только продуцирует скрытые закодированные мысли и чувства, у него возникает *мышление по желанию,* во время которого факты и события его жизни трактуются в желаемом для него аспекте. Мышление по желанию имеет свою структуру и

свою повторяемость в различных ситуациях. В этой связи важен анализ того, в каких ситуациях и что именно повторяет пациент, какие внешние триггеры, какие слова аналитика провоцируют повторение фрагмента рассказа. Часто пациенты забывают о том, что они уже об этом говорили. Эти повторения не являются случайными, а свидетельствуют о значимости для пациента повторяемой информации.

Пример анализа сновидений в перспективе бессознательной коммуникации приводит Petersen (1999).

Женщина обратилась к аналитику с целью получения психотерапевтической помощи. Аналитик не имеет медицинского образования. Согласно правилам немецкого здравоохранения, в случае предстоящей длительной психотерапии специалист обязан подготовить запрос о страховке, частично оплачивающей сеансы. Если бы психоаналитик имел медицинское образование, он мог бы ограничиться запросом только в медицинскую компанию. Но, поскольку речь идет о специалисте, не имеющем медицинского образования, возникла необходимость отправления информации специалисту в области психиатрии и получения от него необходимого заключения с последующим обращением в страховую компанию.

Во время первой встречи пациентка предъявила жалобы на трудности в установлении контактов с мужчинами, страх вступления с ними в более тесные отношения за исключением обсуждения проблем профессионального характера. Психотерапевт предложил ей лечение и рассказал, как соответствующим образом оформить необходимые для этого документы. Пациентка согласилась, и соответствующий контракт был подписан. Затем произошла небольшая пауза, она улыбнулась и упомянула, что её мать является близкой подругой секретарши психиатра, который будет готовить комментарии, касающиеся её состояния. Кроме того, она сообщила, что в течение определенного времени проходила курс лечения у этого врача, которое оценивает как безрезультатное и добавила, что секретарша врача может распространять о ней негативную информацию. В заключении она выразила удовлетворение предстоящим лечением.

Во время следующей встречи ей сообщили, что страховка подтверждена, и она может приступать к психотерапии, т.к. сеансы будут оплачены. Во время встреч с психотерапевтом пациентка много раз указывала на трудности в контакте с психоаналитиком. Контакт, действительно, был затруднен, о чем свидетельствовали возникающие время от времени периоды длительного молчания, во время которых она замыкалась в себе. В связи с этим у аналитика возникло состояние внутреннего беспокойства. Она пыталась понять, что происходит и как можно вывести пациентку из периодов такого отказа (молчания). Ситуация стала для аналитика несколько скучной, она поймала себя на том, что отвлекается на посторонние мысли, которые выходят за пределы аналитической ситуации. Тем не менее, она хотела наладить более тесный контакт с пациенткой и предложила ей рассказать о сновидениях, которые помнит. После некоторой паузы пациентка стала рассказывать о своем сновидении.

Мужчина назначил ей свидание в кафе. Это приглашение вызвало у неё чувство радости, т.к. в кафе были люди, а она боялась остаться с ним наедине. Когда пациентка пришла в назначенное место, она увидела, что не может попасть в ту часть кафе, где он её ждал. Чтобы добраться до места встречи, она должна пройти через большой зал. У неё возникло ощущение, что все те, кто сидел в кафе, следили за ней глазами. Комната, где она встречалась с этим человеком, была комфортабельной. В ней были столик и два стула. Одновременно у нее возникли чувства злости и разочарования, поскольку она поняла, что в этом помещении невозможно изолироваться. Нельзя закрыть дверь, поскольку её не было. Комната напрямую сообщалась с общим залом. Когда она решилась заговорить, она внезапно обратила внимание, что в зале, полном людей, воцарилось абсолютное молчание, которое означало, что каждый из присутствующих пытался прислушаться к тому, что она будет говорить. Она лишилась дара речи и внезапно осознала, что она и

мужчина, который её ждал, обнажены. У нее возникли чувство стыда и желание немедленно покинуть это место, но она не могла сказать об этом, т.к. подумала, что её слова будут услышаны всеми, кто сидел в зале.

Пациентка сообщила аналитику, что во время просыпания у нее возникло ощущение удушья, она не могла вдохнуть. Далее добавила, что мужчина, который пригласил её в кафе, существует в реальности. Она достаточно хорошо его знает, поскольку неоднократно встречалась с ним на теннисном корте, куда приходила вместе со своей сестрой. Его всегда сопровождал другой человек, и она отметила, что ей всегда хотелось поговорить с ним, и, возможно, предложить встретиться, но она не могла взять на себя эту инициативу. Задумавшись, пациентка сказала, что, возможно, это также было связано с присутствием второго мужчины, которого она стеснялась. Мужчины были членами одной теннисной команды, и ей бы не хотелось, чтобы они обсуждали её поступки. Будет уничижающе и постыдно, если он не проявит к ней внимания и интереса. Кроме того, её смущало присутствие рядом её сестры. После этого она замолчала.

Аналитик предлагает возможные интерпретации этой ситуации в качестве гипотез, принимая во внимание, что объяснение должно включать в себя ряд аспектов для того, чтобы быть валидным.

Первое объяснение. Сновидение является выражением интрапсихического конфликта пациентки, связанного с трудностями в установлении личностных контактов. Конфликт заключается в том, что, с одной стороны, ей хочется установить более тесные контакты с этим человеком, а, с другой, - её беспокоит тревога, препятствующая желанию поговорить с ним. Тревога связана со страхом остаться с ним наедине и боязнью наблюдения со стороны окружающих, что может интерпретироваться как параноидные аспекты состояния. Подозрительность может быть чертой характера пациентки, её истоки следует искать в детском периоде жизни. Обнаженность можно интерпретировать как символ того, что она позволяет себе слишком раскрываться перед другими, или как сексуальная составляющая главного конфликта-стеснения. На основании такой интерпретации сновидения представляется возможным дальнейшее проведение терапии с обсуждением других тем.

Второе объяснение. Сновидение может быть интерпретировано как бессознательный анализ пациенткой поведения аналитика. Т.е. в самой психоаналитической ситуации содержалось что-то, что вызывало у пациентки эмоциональный стресс, в частности, затруднение в разговоре и соматические ощущения сжатия в области горла. Эти реакции были триггированы первым контактом с аналитиком.

Пациентка обратилась к аналитику по совету врача, который знал его имя и адрес. Врач, так же как и аналитик, работает в секторе государственного здравоохранения. Они контактируют друг с другом, с секретаршей, службой страховки, которая дает предварительное заключение. В этом процессе участвует большое количество людей. Аналитик предлагает лечение при условии наличия заявления, об этом сообщается врачу, что становится известным его секретарше, которая является хорошей знакомой матери пациентки. Сновидение в этом смысле можно трактовать как изображение аналитической ситуации. Аналитик фактически предлагает пациентке уже при первом контакте раскрыть себя перед многими людьми. Сначала он успокаивает пациентку, предлагая ей помощь, потом разочаровывает её, поскольку как бы стимулирует её к самораскрытию перед врачом, страховой компанией, экспертом. Ситуация напоминает открытый зал в кафе, через который она должна пройти. Люди в кафе могут слышать, о чем она говорит с мужчиной. Пациентка выразила чувство озабоченности и настороженности раскрытием интимной информации, что можно сравнить с обнаженностью в кафе перед большим количеством людей. Это чувство стыда проявилось в момент комментирования сновидения. Возникли повторения, она снова начала говорить, что все взаимосвязано, и она чувствует себя крайне неуютно. Она чувствовала бы себя лучше, если бы имела возможность избежать такого поворота событий и иметь контакт с частным

психотерапевтом, который не работает в системе, требующей распространения информации о ней.

Более глубокий анализ может показать, что в процессе контакта с психоаналитиком пациентка бессознательно улавливала страх специалиста остаться с ней наедине без того, чтобы застраховать себя от возможных неприятностей. Паузы во время контакта объяснялись напряжением, связанным с тем, что новая информация оказала сильное влияние на состояние пациентки.

Современный психоанализ обращает большое внимание на *декодирование сновидений* как важный принцип их интерпретации. Декодирование сновидений - это декодирование триггеров, которые вызывают сновидение. Толкование сновидения начинается с анализа манифестного сновидения, о котором рассказывает пациент. В процессе анализа делается попытка нахождения взаимосвязи содержания сновидения с тем, что происходит во время аналитической сессии. Практика показывает, что этому следует посвящать большое количество времени. Пациентам значительно легче обсуждать содержание сновидений, чем отвечать на какие-то конкретные вопросы или свободно ассоциировать. Поэтому сновидения могут быть исходной базой, отталкиваясь от которой пациент «собирает» дополнительные ассоциации, связанные с содержанием сновидений.

Все спонтанные, собранные аналитиком ассоциации, которые связаны с манифестным содержанием сна, Langs (1988) называет *сеткой сна* или целостным сном. В случае наступления момента, когда пациенту больше нечего сказать, и он не продуцирует дальнейших ассоциаций, процесс можно считать исчерпанным. Можно предложить пациенту подождать возникновения следующего сна, который может быть продолжением первого или совершенно самостоятельным по содержанию. Второй сон анализировать легче, поскольку аналитик обладает опытом анализа первого сна, информацией об определенной системе ценностей пациента.

В дальнейшем следует перейти от «коллекционирования» ассоциаций к работе над этим материалом с выделением тем, затронутых в сновидениях.

Langs обращает внимание на вопросы, на которые нужно ответить во время работы над манифестным содержанием сновидения:

1) Кто вовлечен в сновидение?

2) Что представляет собой манифестная тема? Если сон состоит из нескольких частей, какова манифестная тема каждой из них.

3) Где происходит сновидение, на какой сцене?

После этого представляется возможным анализировать латентное содержание сновидения. Аналитик должен прийти к определенным заключениям, обнаружить связи с ситуацией анализа, событиями в жизни пациента, декодировать символы, найти символические действия.

Специфическим в интерпретации сновидений в коммуникативной перспективе является нахождение триггера и его связи с содержаниями символами.

Считается (Petersen, 1999), что:

а) сновидения стимулируются событиями, происходящими в реальности («резидуальности дня») и являются посланиями из более глубокого бессознательного уровня;

б) глубинный уровень значений может быть достигнут только при вовлечении триггеров.

По выражению Langs'а (1988 в): «Знание ситуации триггера создает естественные и адекватные границы тому, что мы считаем бессознательным содержанием какой-то проблемы или ряда проблем».

Таким образом, интерпретация сновидений невозможна без нахождения триггеров, а триггеры следует искать, прежде всего, в самой аналитической ситуации.

Триггер всегда эмоционален. Его содержание небезразлично человеку, хотя оно может быть безразлично для окружающих. По мнению Langs'а, глубокий уровень

значений достигается только при включении триггера, содержание которого часто не опознается аналитиком.

В психоанализе бессознательных коммуникаций *сновидения подразделяются на две группы:*

1.Сновидения, которые возникали в прошлом до обращения к аналитику и вспоминаются пациентом в аналитической ситуации.

2.Сновидения, которые появились между аналитическими сессиями, особенно между двумя последними сессиями.

Если речь идет о сновидениях, которые возникли до анализа, и пациенты предъявляют их во время аналитической сессии, аналитик должен найти триггеры для этих спонтанных воспоминаний и определить, почему вспомнилось то или иное событие или сновидение

Сновидения второй группы интерпретируются с учетом триггеров, появившихся в предпоследней сессии. Необходимо стараться воссоздать обстоятельства возникновения прошлых сновидений, выявить их связь с переживаниями во время анализа.

Например, пациент рассказывает о сновидении детского возраста. Ему снится, что он находится в детской комнате, ему очень одиноко, и он хочет пойти к матери, которая что-то делает на кухне. Он встает и идет к матери, но внезапно обнаруживает, что не может пройти в кухню из-за расщелены между его комнатой и кухней. Он проваливается в расщелину, а мать настолько занята, что этого не замечает. Далее он отмечает, что всегда просыпался с ощущением падения. Сновидение может информировать о трудностях в установлении контактов с матерью, о её недоступности, отбрасывании ребенка и холодности по отношению к нему. Ответ на вопрос, почему пациент продуцирует именно это сновидение, показал, что это была последняя сессия перед длительным отпуском психоаналитика. Уход в отпуск послужил триггером, оживившим значимые детские переживания. Страх покидания аналитиком, лишиться контакта с ним напомнил детский страх оказаться вне контакта с матерью. У пациента оживает воспоминание об этом сновидении, и он вновь переживает его. Яркость переживаний обусловлена повторением прошлой ситуации, но в другой ситуации.

Если какая-то эмоционально значимая ситуация, пережитая в прошлом (обычно в детстве), в последствии возвращается и в каком-то видоизмененном виде появляется снова, ее влияние вызывает состояние, называемое *психической аллергией.* Повторная встреча с травмирующим переживанием может вызвать внешне необъяснимые, неадекватные, непонятные действия, импульсивность. Причину такой реакции с точки зрения текущей ситуации объяснить трудно. Она заключается в болезненном повторном восприятии комплекса, существующего в бессознательном с детского периода жизни.

Сновидения, которые возникают между последней и предшествующей сессией, могут быть спровоцированы различными триггерами. Анализ этих триггеров имеет значение, как для пациента, так и для аналитика. Аналитик может анализировать собственные сновидения, развивать понимание себя, активизировать самоорганизующийся и саморазвивающийся процесс личностного роста. Практика показывает, что декодирование и более или менее адекватный самоанализ могут иметь значение для улучшения общего психического состояния, снятия эмоционального напряжения и улучшения психосоматических показателей (Gatti-Doyle, 1999).

Langs (1995) обратил внимание на то, что у ряда пациентов с затрудненным нарративом (они плохо рассказывают о себе), наблюдается своего рода алекситимия (невозможность выразить свои чувства словами) и склонность к развитию психосоматических болезней. Обучение умению декодировать сны улучшает нарратив, позволяет высказаться, рассказать и разрядиться, что укрепляет психосоматическое здоровье и улучшает психический комфорт. Примером, иллюстрирующим подобное заключение, является следующий (по Gatti-Doyle, 1999).

Пациентка работает над собой после окончания психоанализа. Работа заключается в попытках декодировать свои сновидения. Обычно это происходит в свободное время в промежутках между сновидениями. Те, кто декодирует свои сновидения, как правило, видят много снов. Пациентка работает в рекламной компании. Возвращаясь однажды домой, она чуть не попала в серьезную автомобильную катастрофу, что привело к тому, что в течение последующего дня она чувствовала себя возбужденной, раздраженной и неспособной восстановить эмоциональное равновесие. Появились колющие боли в области груди и страх инфаркта. Она вспомнила, что подобные болевые ощущения отмечались и раньше и появлялись параллельно с обеспокоенностью различными проблемами. Когда она обращалась к специалистам, они говорили, что боли носят психосоматический характер и не имеют органической основы. Анализ событий прошедших двух дней обнаружил серию раздражающих её фактов. Например, в ночь после автомобильной катастрофы она поругалась по телефону со своим лучшим другом, что было ей несвойственно. После ссоры она вспоминала об этом событии и пыталась понять его причину. Ей приснился сон следующего содержания.

Она находилась в машине с человеком, который был одновременно знаком и незнаком ей. От него сильно пахло алкоголем. Было темно, они ехали на большой скорости. Вдруг из темноты появилась фигура женщины, которая перебегала дорогу. Было ясно, что столкновения избежать невозможно. Закрыв глаза и услышав глухой звук удара тела о машину, она закричала, чтобы водитель остановился. Он игнорировал её требования, и продолжал вести машину на большой скорости, как будто бы ничего не случилось. В момент пробуждения ожили впечатления, связанные с её собственным дорожным инцидентом. Она поняла, что триггером, запустившим сновидение, явилось недавнее происшествие.

По дороге домой мимо неё промчался большой белый грузовик, который нарушил правила движения, на большой скорости врезался в дерево, разбив бампер и стекло. Она старалась запомнить номер стремительно удаляющегося грузовика, чтобы сообщить в полицию. Потом она решила этого не делать, т.к. свидетелей происшествия не было. Она преисполнилась чувством радости от того, что не пострадала.

Поверхностный анализ сновидения показал, что оно дублирует инцидент предшествующего дня. Он испугал её и спровоцировал выраженную злость, поскольку водитель грузовика не обратил на её реакцию никакого внимания и даже не остановился. Эмоциональное состояние во время инцидента было очень похоже на то, что она испытала во сне. Она предположила, что водитель грузовика не остановился потому, что был пьяным. Человек, который сидел рядом с ней в её сне, мог быть пьяным и поэтому не остановился, но эта мысль не пришла ей в голову. Тем не менее, бессознательно это было зафиксировано и помогло объяснить поведение водителя. Когда она поняла, что начинает осознавать те элементы, которые раньше находились в бессознательной сфере, они ожили. Одновременно стали возникать различные ассоциации, связанные со сновидением. Вдруг она осознала, что малознакомый человек в машине (Джон), напоминал её помощника и заместителя в конторе, где она работала. В связи с этим сразу же возникла следующая ассоциация.

Несколько дней назад в фирме состоялась встреча по поводу рекламы новых товаров. Сотрудники выдвигали разные предложения. После этого она была на ланче с Джоном, где они часто встречались и обменивались мнениями. Она уважала его точку зрения и доверяла ему. В этот момент она внезапно ощутила слабость и сильную сонливость. Воспоминания об отношениях с Джоном, о встрече с ним сопровождались ощущением усталости, как команды о прекращении дальнейших размышлений на эту тему. Как будто бы что-то внутри неё говорило: «Оставь это, отдохни, иди спать, выспись и прекрати думать об этом». Поскольку у неё имелся определенный опыт декодирования, она осознала наличие психологической защиты, которая её от чего-то ограждала. Это вызвало появление тревоги как признака наличия серьезной угрозы. Она даже осмотрела

комнаты и убедилась, что двери и окна были закрыты и ей ничего не угрожало. Она вспомнила, что появление проблем во время психоаналитических сеансов сопровождалось страхом закрытого пространства, который обычно о чем-то сигнализирует. Она поняла, что нужно продолжить самоанализ и усилием воли заставила себя вернуться к анализу элементов сновидения. Это привело к следующим ассоциациям.

Женщина, которая выбежала на дорогу из темноты, ассоциировалась в её сознании с пожилой женщиной, которую она периодически навещала. Несколько дней тому назад женщина была очень расстроенной и сердитой в связи с тем, что дочь заставляет её продать дом, в котором она жила. Она сказала пациентке, что дочь хочет получить её деньги до того, как она умрет, и возложить на государство заботу о матери. Затем пациентка снова подумала о женщине на дороге и вспомнила содержание телевизионных передач о войне в Югославии. Это были жуткие истории о предательстве и жестокости. В одной из них рассказывалось о человеке, у которого были удалены ногти на пальцах рук. Человек, который пытал его, когда-то был его другом. В детстве они посещали одну школу и вместе играли во дворе.

Затем она вспомнила, что в одиннадцатилетнем возрасте симулировала заболевание, чтобы не идти в школу. Она боялась школы из-за поведения учителя, который издевался над ней, унижал в присутствии всего класса, демонстрируя, что она глупа, беспомощна и несамостоятельна. Никогда в детстве она не рассказывала об этом родителям потому, что стеснялась. Каждый раз перед походом в школу она ощущала ужас и поэтому иногда прикидывалась больной. Мысли о водителе, который игнорировал ее требование остановить машину, привели к воспоминанию о недавнем собрании фирмы. На этом собрании она предложила новую идею, которую прежде обсуждала со своим другом Джоном. Во время дискуссии он проявлял энтузиазм по отношению к новому подходу, и она решила, что на этой встрече он поддержит её. Но на самом деле, во время открытого голосования, он проголосовал против. Ее предложение было отклонено большинством голосов. Она разочаровалась, но подумала, что все не так плохо и можно будет доработать идею. Появился стимул для дальнейших размышлений, но первое возникшее у нее чувство, было неприятным, и она постаралась от него избавиться. Во время следующего завтрака Джон вел себя как обычно дружески и располагающе, что казалось несколько неестественным. У нее возникла мысль, что сотрудники вовсе не обязаны одобрять её предложения, и она пресекла дальнейшее развитие негативных мыслей. Но сейчас это начало высвечиваться несколько по-другому. Она вспомнила ситуацию другого характера, когда она увидела себя косвенным свидетелем неприятного разговора одной из сотрудниц с Джоном. Сотрудница после этого разговора имела крупные неприятности с начальством и была вынуждена оставить службу. В этой связи отношения с этим человеком приобрели другую окраску. У нее возникло ощущение, что он может подводить других людей. Она вспомнила, что рассказала ему интимную вещь из своей биографии, которую никому раньше не рассказывала. Она касалась отношений с отцом, который умер несколько лет назад. Её отец жил в Европе и она должна была вылететь к нему в тяжелое для него время болезни, но это совпало с тем, что она получила должность менеджера в фирме. Начальник отказался предоставить ей отпуск. Поскольку она была достаточно амбициозной, она отдала предпочтение карьере, невзирая на сложившуюся ситуацию. Отец умер в одиночестве, это угнетало её, и она рассказала об этом Джону. Возникли мысли о покидании, предательстве, личных амбициях и сожаления по поводу того, что она рассказала об этом человеку, который вряд ли заслуживал информации об интимных переживаниях. Когда она осознала ситуацию, она почувствовала, что проговорила это вслух. С плеч спал тяжелый груз, исчезли колющие боли, и уменьшилось ощущение тревоги. Она начала плакать о прошлом, и это было хорошей разгрузкой. От слез становилось легче. Она разочаровалась в этом человеке и поняла, что он не заслуживает доверия. Осознав, насколько значимыми могли бы быть

отношения с ним, она почувствовала облегчение в связи с тем, что они не превратились в нечто большее.

Возникли воспоминания восьмилетнего возраста, когда она влюбилась в человека, который служил в армии, и приезжал в гости к эмигрантке, которая жила по соседству. Встретив девочку на улице, он всегда проявлял по отношению к ней знаки внимания, и хорошо к ней относился. Она вообразила, что на самом деле он приезжает не к соседке, а к ней. Когда он перестал приезжать, она поняла, что ошибалась, и это явилось причиной большой детской травмы. Она впервые почувствовала себя покинутой. Эти воспоминания впервые появились именно сейчас.

Коммуникативный анализ сновидений, таким образом, происходит посредством декодирования закодированных значений и идентификации триггеров, которые стимулировали этот процесс. Процесс анализа способствует осознанию пациентами ряда проблем, лежащих в основе эмоциональных нарушений.

СВОБОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Свободная ассоциация представляет собой особый тип мышления, протекающий по механизмам первичного процесса. Возникающие таким образом мысли основываются на каком-то специфическом стимуле: имидже, слове, воспоминании, числе, цвете или возникают спонтанно.

Метод свободной ассоциации и процесс анализа сновидений являются фундаментальными психоаналитическими техниками. Freud применял технику свободной ассоциации при самоанализе и анализе своих сновидений. Для объяснения теории свободной ассоциации Freud (1913) использовал в качестве модели путешествие на поезде: «Действуйте так, как будто Вы на какое-то время являетесь путешественником, сидящим у окна вагона поезда и описывающим кому-то в вагоне изменяющиеся виды, которые Вы видите снаружи».

Метод предполагает в отсутствии концентрации внимания на чем-то конкретном переход от спонтанно возникающих образов, идей к другим образам, идеям в бесконечной цепочке ассоциаций, разветвляющихся в различных направлениях, что раскрывает содержание бессознательного с находящимися в нем желаниями, потребностями, воспоминаниями и переживаниями.

Использование свободной ассоциации в психоаналитической терапии заключается в предложении пациенту мыслить вслух, «озвучивать», монологически говорить обо всем, что бы ни приходило в голову. Freud (1923) описывает этот процесс следующим образом:

«Лечение начинается с того, что от пациента требуется поставить себя в положение внимательного и бесстрашного самонаблюдателя, просто считывать все время информацию с поверхности сознания, и, с одной стороны, быть почти полностью честным, с другой – не удерживать никакой идеи от коммуникации, даже если (1) он чувствует, что это слишком неприятно или, если (2) он считает это бессмысленным, или (3) слишком неважным, или (4) не относящимся к тому, что исследуется. Однозначно обнаружено, что именно те идеи, которые провоцируют эти «упомянутые реакции имеют особенное значение в раскрытии забытого материала».

Таким образом, метод свободной ассоциации, по сути дела, может быть более точно определен как метод «свободного говорения» о том, что приходит в голову, свободного перехода от одного содержания к другому безо всякой логической связи, без использования «латентной» последовательности, причинности и каких бы то ни было временных ограничений. Свобода нарратива от возникающих ассоциаций встречается с сопротивлением по отношению к отвергнутым ранее репрессивным содержаниям, если «осколки» последних вторгаются в сознание. Это приводит к остановкам, задержкам и прерыванию монолога. Стремление избежать болезненных переживаний изменяет

содержание монолога, который становится «компромиссным образованием» между истинностью событий и стремлением пациента смягчить отрицательные болевые реакции.

В современном психоанализе при применении метода свободной ассоциации акцентируется внимание на поведении самого аналитика в процессе работы с пациентом в состоянии «свободного говорения».

Аналитик не должен стремиться сознательно осмысливать продуцируемый пациентом материал. Его задачей является «настройка» своего бессознательного на то, что происходит в бессознательном пациента, и установление с пациентом «бессознательной коммуникации». Таким образом, во время анализа аналитик, также как и пациент, должен временно «растворить» свое сознание, не концентрироваться на чем-то, не анализировать, находиться в состоянии, приближающимся к медитации.

Работа со свободным говорением развивает бессознательные способности психоаналитика, его творческие способности (Bollas, 2002).

Естественно, что эта сторона процесса не исключает необходимости стремления использовать метод для облегчения пациентом осознания репрессированных в бессознательное содержаний и конфликтов.

С точки зрения теорий объектных отношений, в отличие от концепции Freud'a, в раскрытии какой-то, в том числе и бессознательной части self'a, имеет большое значение манифестный текст, т.к. непосредственная ситуация («здесь и теперь») активизирует специфические бессознательные элементы. Части бессознательной сферы «находят» в процессе контакта с аналитиком определенные специфические подходящие им активизирующие элементы.

Бессознательная коммуникация при свободной ассоциации осуществляется также посредством трансференса и контртрансференса. Пациенты стараются каким-то образом повлиять на аналитика, на те его «части», на которые осуществляется трансференс. В разные периоды аналитической терапии могут возникать различные состояния. Пациент может переносить на аналитика, например, образ своего отца, вспоминая себя в подростковом, детском, или взрослом возрасте.

В процессе психоаналитической терапии Heimann (1956) задавала свободно ассоциирующему пациенту следующие вопросы: «Кто это говорит, кем является этот человек, к кому он обращается, о чем он говорит и почему он говорит сейчас?».

В исследованиях Bollas (2002) обращается внимание на желательность глубокого погружения в изучение того, как пациент сообщает о своем внутреннем мире, посредством понимания эффектов, производимых на аналитика.

Анализируя состояние бессознательной коммуникации у терапевта, Bollas приводит некоторые, присущие ему, характерные признаки: выслушивая пациента, аналитик особенно остро воспринимает какое-то слово, фразу или движение его тела. Он не понимает, почему это его так сильно впечатляет. Иногда какое-то слово отдается в сознании аналитика как эхо, приводит к различным ассоциациям и фантазиям. Аналитик может почувствовать, что эти переживания свойственны пациенту. Он может убедиться в своей правоте или ошибке, используя элемент своей свободной ассоциации. Если пациент не реагирует или проявляет непонимание, следовательно, аналитик находится вне бессознательного контакта с ним.

По мере работы со свободными ассоциациями у пациентов увеличивается способность к переходу от одного содержания к другому. Пациент постепенно привыкает к переходу от озвучивания им событий текущего дня к самонаблюдению, воспоминаниям о детстве, сновидениям, имиджам каких-то людей, эпизодам из прочитанных книг, сказок, сценам из кинофильмов и т. д. Тем не менее, свободное говорение никогда не является полным изложением возникающих в сознании материалов. Какие-то из них остаются секретными, непроговоренными, например, слишком интимные сексуальные переживания или идеи, воспоминания о крайне унижающих событиях, вызывающих возвращающееся чувство вины. Однако здесь важен сам факт продолжения пациентом свободного

монолога и перехода от одного содержания к другому, осуществляемого часто без стремления разобраться в значении того или иного сегмента ассоциаций.

Согласно наблюдениям Bollas (2002), с течением времени в этом процессе возникают определенные изменения. Так, например, может снова появиться, но уже на новом уровне разрыв между свободной ассоциацией и свободным говорением. Пациент может периодически молчать, погружаясь в глубокие ассоциативные мысли и не сообщая о них. В ответ на такое поведение пациента у аналитика также будут возникать «молчаливые» ассоциации. Пациент может не реагировать на интерпретации аналитика в связи с тем, что у него возникают другие, отличные от манифестных интерпретаций, направления ассоциаций, представляющие собой реакцию на бессознательную часть коммуникации аналитика

Современный психоанализ акцептирует интеракции, происходящие между пациентом и аналитиком в процессе свободных ассоциаций, и демонстрирует значение для обоих участников процесса возникающих при этом бессознательных содержаний (Dorpat, Miller, 1992).

ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Эго –анализ M. Klein

Теория объектных отношений, если не пришла на смену психологии «одной личности», провозглашаемой классическим психоанализом, то значительно ее дополнила и развила.

Одно-личностная модель, как известно, оперирует представлениями об организме, развивающемся по своим внутренним, в основном биологическим законам и практически оторванном от своего окружения (Balint,1965,1968; Modell,1984).

Объектные отношения используют дву-или много-личностные модели. Self рассматривается в постоянной связи со средовыми объектами, на которые он влияет и которые, в свою очередь, влияют на него (Bacal, Newman,1990).

Теория объектных отношений ассоциируется с Melanie Klein и, прежде всего, с Британской и Венгерской школами психоанализа.

Melanie Klein (1932), работая с детьми младенческого и раннего возраста обнаружила, что их внутренний мир является миром скорее фантазий, чем драйвов. Центрами фиксации мироощущения и мировосприятия ребенка становятся лица, осуществляющие заботу о нем, другие значимые люди в ближайшем окружении, отношения с ними и со средовыми объектами.

Описывая отношения между внутренним и внешним миром ребенка, Klein часто использует термин «проективная идентификация», объясняя при этом, как какая-то часть ego может быть отщеплена и спроецирована в сами объекты.

Так, например, непереносимые чувства ярости и ненависти отщепляются и проецируются внутрь материнской груди, которая таким образом приобретает свойства Self'a ребенка. Следовательно, содержание термина «проективная идентификация» в понимании Klein выходит за рамки общепринятого. Автор исходит из предпосылки, что здесь имеет место неправильное, приближающееся к бредовому, восприятие, оставляющее эмоциональный след в жизни взрослого человека. Переживание окружающей действительности связано с содержаниями ранней детской проективной идентификации. Этот же механизм, согласно Klein, лежит в основе бредовых идей при психозах, параноидного чувства преследования, проекции агрессивных фантазий на мнимых преследователей.

С точки зрения Klein, проективная идентификация это проекция части собственного Я, а не просто какого-то отдельного импульса. В то же время, автор считала, что проекция не решает проблему. Проецированное психическое содержание не исчезает, связь с психикой пациента остается, он стремится контролировать процесс, но ему это не удается.

Klein оценивает эмоциональную жизнь как состояние, в котором присутствует страх, психодинамика которого связывается с тем, что ребенок, задолго до Эдипального периода наблюдает за родителями и их отношениями. В результате у него возникают эмоциональные состояния страстной любви, зависти, ревности, мести. Ребенок воспринимает отнятие от груди как наказание за эти чувства. Фантазии ребенка на темы о груди, половых органах, рте, основываются, очевидно, не на прямых наблюдениях, а коррелируют с соматическими ощущениями и выстраиваются в психические конструкции в соответствии с архетипами коллективного бессознательного по Jung'у.

Функционирование аутодеструктивного драйва приводит к тому, что ребенок реагирует на фрустрации чувством ненависти, желанием разрушения. Эти чувства проецируются на внешние объекты. Ребенок проецирует вовне и «хорошие» переживания. Таким образом, возникает расщепление между «хорошими» и «плохими» объектами. «В наиболее ранних стадиях развития каждый неприятный стимул относится к «плохой», отрицающей преследующей груди» (Klein, 1986).

Термин объектные отношения подчеркивает в более точном смысле *взаимо*отношения, имея в виду не только воздействие субъекта на объекты, но и то, как эти объекты определяют его действия. Klein акцентуирует это положение, подчеркивая, что проецированные, интроецированные объекты непосредственно *действуют* на субъекты в положительном или отрицательном смысле. Согласно Klein, ребенок в младенческом возрасте считает, что фантазии, содержащие как любовь, так и ненависть имеют мощное влияние на объекты его фантазии: любовь к «хорошей» груди имеет защитный, созидающий эффект, ненависть к «плохой» груди наоборот, деструктивно-уничтожающий. Такой механизм обусловлен присущим младенцу чувством всемогущества, и одновременно восприятием мира как чрезвычайно опасного места, где «ставки очень высоки».

Эмоциональное равновесие в периоде этой наиболее ранней организации переживаний связано со способностью ребенка дифференцировать положительные и отрицательные объекты. Хорошая грудь, для того, чтобы представлять собой безопасное убежище, должна быть четко отличимой от плохой груди. Ненависть, чувство ярости по отношению к плохой груди в разрушающе-аннигиляционных фантазиях (с точки зрения современных представлений, скорее зачатках патогенных убеждений, см.ниже) воспринимаются как возможность причинить реальное повреждение. Отсутствие четкой дифференциации между плохим и хорошим объектом может привести к проекции отрицательных чувств на последний. Подобный сценарий для ребенка равносилен экзистенциальной катастрофе, так как уничтожение хорошей груди делает ребенка беззащитным, лишая его зоны безопасности перед «атакой» зловредной, плохой груди.

Klein определила этот тип первой организации переживаний как *параноидно-шизоидную позицию.* Термин *параноидный* подразумевает страх преследований, исходящий из внешнего мира. Термин *шизоидный* относится к *расщеплению*-отделению любимой и любящей хорошей груди и ненавидимой и ненавидящей плохой (Mitchell, Black,1995).

Содержание термина *позиция* включает в себя организацию переживаний внешней и внутренней реальности и отношение к окружающему миру.

Параноидно-шизоидная позиция возникает как защита от тревоги в связи с влиянием инстинкта смерти. Freud рассматривал инстинкт смерти как биологический драйв. Klein оценивала состояние психики новорожденного в терминах аннигиляционной тревоги, исходящей из направленного на себя чувства угрозы своему существованию.

Необходимость избежать этой тревоги становится проблемой, присутствующей в течение всей последующей жизни. Осажденное примитивное ego проецирует часть аутодеструктивных импульсов во вне, за пределы своего Self'a. Объектом этой проекции становится «плохая грудь». По-видимому, легче и менее опаснее чувствовать зло, присутствующее во вне, чем внутри самого себя, так как внешнего зла можно избежать, а внутреннего нет.

Klein считает, что отношение к плохому объекту создается деструктивной силой аутодеструктивного драйва (инстинктом смерти), «зловредная грудь старается разрушить меня, и я стараюсь бежать от нее и также разрушить эту плохую грудь» (Mitchell, Black,1995).

Младенец не может существовать в мире, заполненном исключительно злом, и он проецирует первично нарциcстические импульсы любви к себе во внешний мир. Таким образом и создается хороший объект – «хорошая грудь». Хорошая грудь … «любит и защищает меня и я, в свою очередь, люблю и защищаю ее» (Mitchell, Black,1995).

Отношения с людьми в дальнейшем находятся под влиянием организующего принципа параноидно-шизоидной позиции и понимаются как дериваты либидинозного и агрессивного драйвов.

В концепции Klein акцентуируется значение объектных отношений. Окружающий мир в виде осуществляемой родительской функции оказывает непосредственное влияние на формирование параноидно-шизоидной позиции в плане ее ослабления при эмоционально положительном, любящем отношении к ребенку. В такой ситуации смягчается «конституциональная агрессия», лежащая в основе параноидно-шизоидной позиции, и наоборот - эмоциональная депривация, отторжение ребенка не могут стать преградой деструктивности и агрессии.

По мере развития у ребенка формируется другое - целостное отношение к объекту. Последний уже воспринимается не сепаратно как два отдельных объекта (хороший и плохой), а как один объект, который иногда может быть хорошим, а иногда плохим. Хорошая и плохая грудь воспринимаются как различные характеристики одной матери, которая может быть разной в зависимости от отношения к ребенку. Восприятие окружающих в целостном аспекте приводит к смягчению параноидной тревоги. Однако появляются новые проблемы. Целостно воспринимаемая мать продолжает содержать в себе «плохую часть», которая остается объектом отрицательных эмоций ребенка-ярости, ненависти, желания разрушения. В то же время разрушение «плохой части» матери означает разрушение всей матери, поскольку она является целостным объектом, а это - деструкция защитника, источника хороших эмоций, деструкция чувства собственной безопасности.

Klein приходит к заключению, что деструктивные импульсы ребенка по отношению к любимому им объекту вызывают у него интенсивные чувства вины и ужаса. Автор называет эти чувства «депрессивной тревогой», а организацию переживаний, основанную на сочетании любви и ненависти по отношению к целостно воспринимаемой матери, «депрессивной позицией». Депрессивная позиция сопровождается чувством глубокого раскаяния. Возникает стремление каким-то образом исправить ситуацию. Либидинальные инстинкты инициируют появление «компенсаторных» фантазий, целью которых является устранение, «залечивание» повреждения, нанесенного матери. Уверенность ребенка в его способности что-то исправить, удержать объект в его целостности, убежденность в том, что его любовь сильнее его ненависти и деструктивности имеет решающее значение для дальнейшей динамики процесса.

С точки зрения Klein, всем людям свойственно бессознательное и частично осознаваемое проявление злости и ярости по отношению к тем, кто воспринимается как источник психических травм, унижения и эмоциональной боли. Объектами такой проекции оказываются и близкие люди. Отрицательные эмоции по отношению к ним являются источником чувства вины и депрессивной тревоги. В тех случаях, когда

депрессивная тревога слишком велика, одним из возможных вариантов ее смягчения является возвращение (регресс) к прежней организации переживаний - параноидно-шизоидной позиции. Вызывающий отрицательный эмоциональный накал человек воспринимается уже не как исключительно целостный объект, происходит поиск полюсного по отношению к нему хорошего объекта, который (которые) наделяются рядом положительных характеристик.

Другим вариантом психологической защиты от депрессивной тревоги является «маниакальная защита». В этом случае происходит отрицание уникальности хорошего объекта и, тем самым, отрицание своей зависимости от него: «Я не нуждаюсь в нем/в ней»; « я могу обойтись без него/нее». Появляется чувство превосходства над значимыми ранее объектами, которые с целью их принижения приводятся к знаменателям каких-либо общих категорий, типа «все родители, жены, мужья одинаковы».

Основные положения теории M. Klein могут быть проиллюстрированы следующим клиническим наблюдением:

Пациент С., 42 лет, поступил в стационар психиатрического диспансера в связи с неадекватным поведением. В течение двух недель был возбужден, высказывал бредовые идеи переоценки, приобретающие эпизодически гротескный парафренический характер: считал, что обладает сверхестественной силой, может излечивать тяжело больных, останавливать часы, заставить замолчать лающих на улице собак, распознавать по фотографиям, что происходит в текущее время с его родственниками и знакомыми. Обвинял брата в его участии в тайной секте и подготовке агрессивных актов по отношению к близким. Основной преобладающий фон настроения был повышенным, колеблясь между ютимией и эйфорией. Отмечались гиперактивность, укорочение длительности сна. В то же время жена пациента сообщила, что последний, несмотря на повышенное настроение, высказывал суицидные мысли, просил экономить деньги, которые «понадобятся, когда его не станет». Перед развитием болезненного состояния в течение десяти дней употреблял алкоголь в дозах, вызывающих состояние глубокого опьянения, что не было для него характерным в предшествующие периоды жизни. Создавалось впечатление, что пациент употреблял алкоголь с целью освободиться от каких-то мучающих его переживаний. При обследовании старался скрыть содержание переживаний, отрицал прежние высказывания и эмоциональные нарушения, стараясь акцентуировать соматические жалобы. Психологическое обследование выявило пик по шкале депрессии (MMPI), что находилось в противоречии с клиническими признаками повышенного настроения.

Необычное, с точки зрения классической психиатрии, сочетание исключающих друг друга состояний эйфории и депрессии может быть объяснено психоаналитически формированием маниакальной защиты перед прорывающимися из бессознательного запечатленными в нем в младенчестве переживаниями параноидно-шизоидной и депрессивной позиции. Интенсивная алкоголизация, предшествующая развитию психоза, выполняла ту же функцию и временно блокировала прорывы в сознание патологических содержаний. Маниакальная защита сама по себе клинически выразилась расстройством психотического уровня и оказалась лишь частично эффективной, так как содержания параноидно-шизоидной и депрессивной позиции прорывались в сознание.

Klein полагает, что состояние психического комфорта и равновесия в контактах с действительностью постепенно меняется: любовь и ненависть сменяют друг друга. В кризисных ситуациях при серьезных травматических переживаниях возможны отступления в зону безопасности посредством использования механизма расщепления параноидно-шизоидной позиции и маниакальной защиты.

Выраженная параноидно-шизоидная позиция как способ организации переживаний присутствует в психической структуре лиц с личностными расстройствами кластера А по DSM-IV: параноидным, шизоидным и шизотипическим. Такие люди имеют мало друзей или не имеют их в реальности вообще. Друзья существуют только в воображении. Их

окружают «враги», количество которых все время увеличивается. Для них характерен максимализм в оценке отношений, появляющееся недоверие сразу же перерастает в сверхценное отрицательное отношение.

Young (2002) считает, что параноидно-шизоидная позиция с типичными для нее проекционными механизмами и «частично-объектными» отношениями проявляется в расизме и других формах ненависти, при которых какая-то презираемая внешняя группа становится центром фиксации отщепленных и спроецированных «плохих» характеристик.

Klein считает, что Эдипальный комплекс формируется уже в начальном периоде жизни во время параноидно-шизоидной ориентации. Bell (1992) формулирует это следующим образом: "Примитивный Эдипальный конфликт, описанный Klein, имеет место в параноидно-шизоидной позиции, когда мир младенца широко расщеплен и отношения имеют место главным образом с частью объектов. Это значит, что любой объект, который угрожает исключительному обладанию идеализированной грудью/матерью, воспринимается как преследователь, и на него проецируются все враждебные чувства, исходящие из прегенитальных импульсов».

Теория объектных отношений Fairbairn, Winnicott, Kohut, Balint, Bion, Racker, Bollas, Dorpat и Miller, Weiss и Sampson и др.

Теория объектных отношений получила дальнейшее развитие в работах Fairbairn'а (1952, 1994) и Winnicott'а (1958, 1971). **Fairbairn** четко порывает с биологическим подходом, основываясь, прежде всего, *на отношениях*, а не на драйвах: «объект моей привязанности может превратить цвет моего лица из белого в розово-красный (как поется в песне) *скорее, чем направление* инстинкта как определяется в биологической метапсихологии» (цит. по Greenberg, Mitchell,1983).

Fairbairn подверг критике положение Freud'a о том, что фундаментальной мотивацией жизни является удовольствие, и пришел к заключению, что либидо направлено не на поиск удовольствия, а на *поиск объекта.* Основой мотивации не являются гратификация и редукция напряжения с использованием других людей как средства достижения этой цели. Конечная цель состоит в установлении *связи* с другими людьми.

Для Fairbairn'а и других представителей Британской школы психоанализа именно объект и отношения с ним являются первичной мотивацией человека.

Таким образом, первичной мотивацией является необходимость вступить в определенные отношения с объектом. Человек с самого рождения ищет объект и настраивается на отношения с ним. Личность развивается и структурируется вокруг интернализации объектных отношений. Поэтому задачей анализа является исследование отношений индивидуума с его объектом. Личность в процессе развития устанавливает отношения с внешними объектами, которые входят в её внутреннюю структуру. Следовательно, одним из основных условий понимания личности является исследование мира ее внутренних объектных отношений. Необходим анализ характера отношений человека с объектами и способов их вхождения в структуру его внутреннего мира.

Удовольствие, по Fairbairn'у, возникает как форма связи с другими людьми. Контактируя с родителями, ребенок получает удовольствие от связи и взаимодействия с ними. Он ищет, прежде всего, установления и повторения такой связи, которая обусловливает получение удовольствия. Что происходит в том случае, если родители не устанавливают с ребенком доставляющих ему удовольствие отношений, если контакт с родителями болезненен для ребенка? С точки зрения принципа поиска удовольствия, ребенок в такой ситуации будет избегать контакта с родителями, и пытаться найти другие объекты, которые могут быть более обещающими в этом плане.

Тем не менее, в реальности все происходит по-другому. Работая с детьми, подвергавшимися насилию со стороны родителей, Fairbairn был поражен лояльностью и

привязанностью этих детей к родителям. Дети оказались зависимыми от контактов, связанных с переживаниями эмоциональной боли, что продолжало влиять на характер их значимых отношений с людьми во взрослом периоде. Будучи взрослыми, они проявляли четкое влечение к людям, напоминающим их родителей по поведению и отношению к ним.

Fairbairn, в отличие от Klein, акцентуировал внимание не на детском фантазировании на тему о «хороших» и «плохих» интернализованных объектах, а на адекватном или неадекватном поведении родителей по отношению к ребенку. Адекватное выполнение родительской функции обеспечивает развитие у ребенка умения контактировать с людьми, обмениваться информацией, приобретать опыт. Неадекватное «парентирование» (родительствование) приводит к развитию у ребенка отчужденности, избеганию общения и формированию в качестве компенсации фантастического мира, в котором интернализованные внутренние объекты заменяют реальных людей и реальные ситуации. Недосягаемые психологически родители интернализуются ребенком и на тему этих, ставших частью психики ребенка родителей, возникают фантастические содержания.

Классический психоанализ в теории мотивации исходит из концепции драйва и принципа получения удовольствия. Согласно этой гедонистической теории, люди ищут удовольствия и избегают боли. Это основное положение классического психоанализа вызывает определенное возражение, связанное с тем, что клинические наблюдения свидетельствуют о навязчивой повторяемости действий, во время которых человек повторяет какие-то поступки, связанные с неприятными переживаниями, например, с различными болезненными эмоциональными состояниями. Остается непонятным, почему люди часто сознательно и/или бессознательно делают себя несчастными, если каждый из них ищет удовольствия и избегает боли? Fairbairn отвечает на этот вопрос, используя понятие *адгезивность (прилипчивость) либидо*.

Адгезивность противоречит принципу удовольствия. Либидо болезненно прилипает к каким-то фрустрированным стремлениям, недостижимым объектам, искаженным желаниям и т. д. Примером, подтверждающим это положение, является Эдипальный комплекс. Freud предпринимал неоднократные попытки к решению этой проблемы. Автор испытывал большие трудности при анализе кошмарных сновидений. Он рассматривал сновидения как скрытое исполнение желаний. Но как в таком случае интерпретировать кошмары и сексуальный мазохизм, если понимать сексуальность только как получение удовольствия? Как понимать различные переживания, связанные с психическими травмами, когда психотравмирующие события постоянно восстанавливаются в памяти по желанию? Freud пытался найти причину происходящего в активизации аутодеструктивного драйва, что не могло в полной мере прояснить ситуацию.

В классическом психоанализе младенец действует как индивидуальный организм. Окружающие важны для него только как объекты, способные удовлетворить его потребности. Fairbairn, в отличие от Freud'a, рассматривает ребенка только во взаимодействии со средой. В его концепции преобладает положение о том, что либидо ищет объект для связи. С этой точки зрения становится понятной адгезивность либидо. Либидо адгезивно, т.к. в его природе лежит не пластичность, а прилипчивость.

Ребенок вступает в контакт с родителями, используя при этом самые разнообразные и всевозможные варианты взаимосвязи. Эти формы контакта становятся паттернами связи и с другими людьми. Связи и «примыкание» к другим лицам для него очень важны. Ребенок, воспитывающийся в дисфункциональной семье, испытывает в объектных отношениях ряд отрицательных эмоций. Классические психоаналитики считают, что такой ребенок должен избегать боли и пытаться найти объекты, которые доставляли бы ему большее удовольствие. На самом деле в реальности дети ищут привычную боль как форму связи и не предпочитают её никакой другой.

Во взрослой жизни они часто связываются с людьми, которые доставляют им много неприятностей. Они вступают во взаимоотношения с этими людьми по механизму, согласно которому отношения с ними чем-то похожи на ранние объектные отношения с родителями. Они стремятся к повторению этих отношений, хотя они для них не очень приятны.

Например, пациентка, которая воспитывалась депрессивной матерью, выбирает во взрослой жизни знакомых, которые несут на себе отпечаток тоски, печали, грусти и депрессии. Она чувствует себя комфортно только в отношениях с людьми, которые имеют сниженный фон настроения. Она считает других людей искусственными, неискренними и просто плохими.

В результате анализа подобных семейных сценариев возникает вопрос: «Почему определенные поведенческие подходы повторяются, хотя по идее печальный опыт должен бы научить этих людей тому, что так поступать не следует?». Понимание необходимости выхода из «порочного круга» есть, а реальных действий нет. Причина подобной ригидности заключается в актуализации механизма прилипания к семейному сценарию. Дети ищут неблагоприятной болевой ситуации как более предпочтительной, по сравнению с другими формы связи, поскольку они уже зафиксированы на ней. И во взрослой жизни они повторяют в той или иной степени эти модели поведения. Люди настолько привязаны к первым детским связям, что строят свою дальнейшую жизнь на взаимодействиях, напоминающих те, что имели место в раннем возрасте.

Объектные отношения подразделяются на два вида. Один из них - это настоящие, реальные объектные отношения, которые интернализуются; второй-это фантазии. Какие-то отношения придумываются и также присутствуют в бессознательном. Они основаны на контактах со средой и имеют разные содержания. Содержания могут подвергаться психическому преобразованию. Так, например, интернализуются плохие объектные отношения, которые в результате фантазирования трансформируются в хорошие. Механизм и причины такой трансформации пока не ясны. Причиной может быть не только адгезивность. Дело в том, что ребенок интернализует плохое объектное отношение и подавляет его. Одновременно с этим у него возникает реакция на это плохое отношение в виде фантазии. Он вылавливает из плохих отношений отдельные крупицы хороших отношений, преувеличивает их, создает у себя фантастический мир отношений и начинает приписывать плохому объекту хорошие качества. Этот процесс является для него руководством к действию. Встретившись в дальнейшей жизни с плохими объектными отношениями, он репродуцирует фантазии, которые имели противоположный по содержанию характер.

В этом процессе объективно может происходить *расщепление ego.* Fairbairn придает большое значение наблюдавшемуся им феномену «расщепления ego» у ребенка. Феномен является результатом отрицательного влияния на ребенка нарциссстически ориентированных, депрессивных, эмоционально отстраненных родителей. Self-объектные отношения ребенка в подобных ситуациях формируются таким образом, что он поглощает, интроецирует черты родителей. Это происходит бессознательно ради сохранения связи с родителями. Например, ребенок абсорбирует депрессию родителей, становясь депрессивным, и в этом состоянии находится с ними на одной эмоциональной волне, что было бы невозможно, если бы он был в другом состоянии: игривом, веселом и т .д.

Согласно Fairbairn'у, ребенок становится подобным тем или иным родительским особенностям, интернализируя их. В результате происходит расщепление ego. Одна его часть остается связанной с реальным миром и взаимодействует с ним, другая-функционирует в связи с интернализированными характеристиками родителей. В определенном смысле эта-*вторая часть ego, с нашей точки зрения, выполняет ролевую функцию,* являясь, по сути, реактивным образованием, возникшим в связи с

необходимостью «встроиться» в систему отношений с родителями посредством имитации их эмоционального состоянии.

Fairbairn приходит к заключению, что расщепление ego этим не ограничивается: расщепляется и вторая часть ego, интернализовавшая свойства родителей.

Наличие сектора, который отражает плохие качества объекта, иногда приводит к тому, что попытки ребенка преодолеть в себе эту отрицательную часть приводят к потере связи с родителями, с которыми он идентифицируется. Если ребенок начинает чувствовать себя более счастливым, у него может возникнуть ощущение тревоги, связанной с тем, что он дистанцируется от родительской части, уходит от нее потому, что абсорбция ребенком патологических черт характера объекта посредством его интернализации позволяет ему ощущать связь с родителями. Думать и вести себя по-другому он не умеет. Иной ход событий возможен только в фантазиях. Интернализация создает расщепление в ego. Таким образом, одна часть Я направлена на реально существующих родителей, а другая - на иллюзорных родителей, образы которых созданы в воображении ребенка.

Расщепление происходит между фрустрирующими, напрямую расстраивающими, разочаровывающими чертами интернализованных родителей, которые Fairbairn называет «отбрасывающим объектом, и соблазняющими, обещающими частями, определяемыми как «возбуждающий объект». Эмоциональный голод ребенка очерчен возбуждающим объектом, неизбежное дистанцирование –отбрасывающим.

Интернализованные родительские отношения содержат в себе положительный возбуждающий объект и фрустрирующий разочаровывающий объект. Одна часть Я связана с приятными, возбуждающими фантастическими чувствами, а другая – с противоположными по содержанию.

Часть ego, которая связана с надеждой и устремлениями, Fairbairn называл *либидинальным ego,* а часть, связанную с плохими качествами -*антилибидинальным ego.* Либидинальное ego переживает тоску по любви, чувство надежды; антилибидинальное - чувства ненависти, злости, ярости, враждебности. Антилибидинальное ego может быть враждебным по отношению к либидинальному ego. Таков механизм амбивалентных чувств, которые могут обостряться в условиях патологии. Некоторые патологические состояния характеризуются тем, что по отношению к одному и тому же объекту или явлению у человека возникает одновременно чувство любви и ненависти. Причина этого заключается в детских Self-объектных отношениях и расщеплении ego, которое в таких случаях происходит.

К сожалению, подавление и интернализация не освобождают человека от плохих отношений. Оставаясь невидимыми, они присутствуют в бессознательном. В бессознательной попытке освободить себя от этих объектных отношений человек проецирует их на внешний мир. Этот процесс, вслед за Klein, Fairbairn называет *«проективной идентификацией».* Кому-то приписывается роль отвергающей матери, кому-то - недосягаемого отца, критикующего родственника, унижающего старшего брата и т. д. «Сначала они были интернализованы и репрессированы, а затем-бессознательно, чтобы быть уверенным-спроецированы снова во внешний мир» (Jones,1991:15).

Проективная идентификация не обязательно касается родителей. Она происходит и в отношениях с другими людьми. Некоторые из них могут вызывать антипатию в связи с тем, что на них проецируется что-то, связанное с плохими объектами. Человек может чем-то напоминать интернализованный образ, хотя в действительности он не является тем, кого напоминает. Речь идет о какой-либо черте характера, какой-то личностной особенности и пр. Субъект, осуществляющий проективную идентификацию, захвачен этим процессом, его «несет» и он уже не контролирует ситуацию. Он видит в ком-то кого-то другого, развивает в отношении него мысли и фантазии, что приводит к развитию совершенно неадекватной ego оценки, над которой давлеет то, что было когда- то, но не в том месте и не с тем человеком.

Важно иметь в виду, что в этом процессе воссоздается не просто плохой объект, а эмоциональная окраска отношений с ним. Человек, который осуществляет проективную идентификацию, может оказаться в ситуации борьбы с дистантным объектом прошлого, хотя могут проецироваться и хорошие объекты.

Таким образом, следует тщательно анализировать внутреннее содержание переносов, которые происходят в жизни. Целью аналитического процесса является не разрядка либидо и агрессии (Freud), а воссоздание повтора объектных отношений, при котором плохие объекты проецируются на аналитика. Важно, чтобы этот процесс вышел на уровень осознания, а не остался в бессознательном. Проективная идентификация является важным моментом в переносе. В процессе контакта с аналитиком пациент переносит на него определенный образ или часть образа из своего прошлого. Он предпринимает попытку «разгрузиться» от плохих объектов. Пациент видит в аналитике большое количество («ассамблею») плохих объектных отношений. Содержание внутреннего мира, в котором были интернализированы и подавлены плохие объекты, в ходе проективной идентификации высвобождается и проигрывается снова, но уже во внешнем мире, на новом уровне, в другое время и на другом интеллектуальном, мнестическом и др. фоне.

Иногда пациенты очень привязаны к «содержимому» своей психики, испытывают необходимость повторений, связанную со своеобразной ностальгией. Без осознания этот процесс может носить насильственный неконтролируемый характер. Иногда повторное проигрывание приводит к разрыву отношений потому, что проецируется негативный материал, и дальнейший межличностный контакт с объектом переноса оказывается невозможным.

Отличие в интерпретации переноса между классическим и современным психоанализом заключается в том, что в первом случае перенос интерпретируется как проекция подавленных драйвов, а во втором, как вновь проигрываемые плохие объекты.

В рамках теории объектных отношений Fairbairn исследовал *феномен репрессии*. По мнению автора, репрессируются, прежде всего, не желания, воспоминания или импульсы, а – *отношения,* такие связи с родителями, которые не интегрируются в другую систему связей. Воспоминания, желания и др. репрессируются не первично в связи с их травмирующим или запретным содержанием, а потому, что они являются компонентом опасных или унижающих объектных отношений.

Fairbairn (1943:64) пишет: «невозможно кому-либо пройти через детство, не имея плохих объектов, которые интернализованы и репрессированы», «психопатология, можно сказать, оказывается связанной в большей степени с исследованием отношений ego с интернализованными им объектами» (Fairbairn, 1993). Но даже в подавленном состоянии эти объекты не перестают оказывать своего влияния. Следовательно, знание психологии человека требует анализа объектных отношений, а изучение психопатологии невозможно без выявления отношений ego с его интернализованными объектами.

Репрессируются первично «не непереносимые импульсы вины или непереносимые неприятные воспоминания, а непереносимые плохие интернализованные объекты” (Fairbairn, 1943). В связи с этим следует пояснить, что речь идет не о статических объектах, а об объектных отношениях.

Под *плохими объектами* понимаются психические материалы, в формировании которых принимали участие родители, или те, кто заботился о ребенке в раннем периоде его жизни. В них включены интернализованные фрагменты каких-то эмоций и действий людей, которые плохо относились к ребенку, пренебрегали им, отбрасывали и преследовали его, проявляли ненужную в данный момент помощь и неприятные для ребенка реакции. Будучи интернализованными, они не утрачивают своих болезненных и неприятных качеств. Происходит не только интернализация, но и репрессия этих материалов. Следовательно, *объектные отношения* являются *ключом к новому пониманию репрессии и мотивации личности, поскольку то, что первично подавлено,*

представляет собой не импульсы вины и невыносимые, неприятные воспоминания, а непереносимо плохие интернализованные объекты.

Fairbairn, в отличие от Freud'a, считал, что репрессия *является результатом* нарушенных объектных отношений, а не нарушенные отношения являются результатом репрессии. Из этого следует, что проблема при аналитической терапии не исчерпывается «снятием» репрессии для осознания репрессированного материала. Плохие объектные отношения должны быть заменены новыми, более благоприятными. Создание таких отношений в процессе работы с аналитиком является целью психоанализа.

Процесс интернализации рассматривается Fairbairn'ом как первичная защита. Поскольку объекты переживаний болезненны, человек «интернализует их в попытке контролировать» (Fairbairn, 1943). Однако, такой контроль не всегда «срабатывает». Предпринимаемая защита способна превратиться в троянского коня. Принятые внутрь себя объекты надолго, а, возможно, и навсегда остаются с человеком, «сохраняя свою силу…во внутреннем мире». Они пребывают в психике как «внутренние саботажники», иногда принимая форму чувств вины, тревоги, осуждения, а в других более патологических вариантах могут превращаться в осуждающие внутренние голоса.

Иногда эти интернализованные объекты метафорически называют конфликтующими, тревожными, осуждающими, вызывающими страх, уничижение и чувство вины внутренними голосами. Этот факт имеет большое значение потому, что в условиях развития психического заболевания они оживают в виде слуховых галлюцинаций, содержание которых соответствует плохим объектам, которые включены в психику.

Целью интернализации является защита от психологической боли. Интернализация плохих объектов приводит к тому, что в психике *каждого человека содержится стержень психопатологии, на* основе которого при наличии определенных условий может развиться то или иное нарушение. Очевидно, в этом заключается психологический механизм формирования псевдогаллюцинаторных и галлюцинаторных феноменов.

Дальнейшее развитие теория объектных отношений получила в работах **Winnicott'a** (1960, 1965, 1971). На основании наблюдений детей и их матерей, вначале в качестве педиатра, а затем психоаналитика, Winnicott внес новые идеи в психоаналитическое мышление, касающееся отношений между ребенком и матерью, а в дальнейшем между пациентом и аналитиком.

Winnicott придавал особое значение наполненности жизни чувством личностного значения, выделяя пациентов, которые *не чувствовали себя личностью.* Для характеристики таких пациентов Winnicott использовал термин «расстройство ложного Self'a», характеризующееся нарушением самого чувства субъективности, индивидуальности.

В исследованиях настоящего и ложного. Я обращается внимание на значение качества субъективных переживаний. Анализируется то, как человек чувствует свою внутреннюю реальность, насколько его жизнь насыщена чувством личного значения, каковы его представления о себе, что представляет собой его, отличный от других, творческий центр собственных переживаний, каким образом осуществляется четкая дифференциация себя от других людей и мира в целом.

Практика показывает наличие возрастающего количества пациентов, предъявляющих жалобы не на конфликт, не на симптомы, признаки нарушения, чувство вины, депрессию, тревогу и пр. Этих людей беспокоит то, что они не чувствуют себя личностью. Musil (1971) описывает такого человека в книге «Человек без свойств». Ее герой идентифицирует себя с кем-то другим, кто играет роль, соответствующую ситуации и ожиданиям окружающих. Играя чужую роль, он теряет себя. Речь идет о формировании ложного Self'a.

Winnicott описывал нарушения, связанные с формированием ложного Self'a. Он считал, что это «ядерное» расстройство, которое уходит глубоко внутрь. Оно невидимо

снаружи. Обычно наличие у себя подобного нарушения даже не осознается, но человек находится в состоянии хронического психологического дискомфорта, в котором преобладает чувство пустоты. Он очень боится одиночества, боится оставаться наедине с собой, т.к. такое состояние особенно тяжело переносится. Возникает чувство, что что-то должно произойти. Беспокоят скука, пустота и ощущение хаоса. Развивается экзистенциальная тревога и стремление любой ценой избавиться от нее. В связи с этим могут совершаться неадекватные поступки.

Человек способен жить в оболочке ложного Я в течение более или менее длительного промежутка времени. Особенно, если у него хватает энергии и сил быть постоянно задействованным в какой-либо активности. В случае невозможности реализации активных действий или нехватки внутренней энергии на их осуществление, возникает трудно переносимое состояние.

Winnicott соотносил начало расстройства с доэдипальным периодом, связывая его развитие с недостаточностью в отношениях матери к ребенку. Winnicott подчеркивал, что речь идет не о выраженной эмоциональной депривации или насилии, а о несовпадении материнской реактивности с характеристиками переживаний младенца, недостаточности их подкрепления в нужные моменты. Причиной несовпадения ритмов матери и ребенка является слабая интуитивность матери. Интуитивная мать относительно быстро чувствует желания ребенка, адекватно и спонтанно реагирует на них, создавая обстановку комфортного «дрейфа» в потоке неинтегрированных переживаний. У него спонтанно появляются и исчезают всевозможные дискретные желания, потребности, нужды, которые часто не удовлетворяются.

В то же время автор считал, что «ложный Self» способствует социальной адаптации и выполняет протективную (защитную) функцию. Беспомощный ребенок может рассчитывать на «награду» только в случае конформности, подчинения требованиям людей, от которых он зависит, прежде всего, родителей. Ребенок боится, что его искреннее самовыражение будет наказано лишением любви и покиданием.

В связи с вышеизложенным, следует обратить внимание на то, что Winnicott (1963) высказывался об «истинном Self'е» как об «инкогнито»; Khan (1963) говорит о «приватности Self'a», а Enid Balint (1991) считает, что некоторые наиболее глубокие формы психических переживаний, свойственных истинному Self'у, невозможно «организовать в языке». Mitchell (1993) обращает внимание на парадокс, заключающийся в том, что «когда мы чувствуем себя наиболее приватно, наиболее глубоко «внутри», мы в каком-то смысле наиболее глубоко связаны с другими, от которых мы научились стать Self'ом». Сама способность быть одним впервые развивается в присутствии невмешивающегося другого (Winnicott, 1958).

Нарушения в системе Self накладывают субтильный отпечаток на интеракции между матерью и младенцем с самого начала его жизни. Основное значение в этих коммуникациях Winnicott придавал не насилию над ребенком, не депривации, а тому, как мать реагирует на ребенка, как справляется с его нуждами, каково качество её эмоциональной реакции на ребенка. Речь идет не просто о приеме пищи, а об эмоциях любви, о создании эмоционального моста между матерью и ребенком.

В тех случаях, когда мать не обеспечивает достаточно хорошей среды для ребенка, консолидация его здорового Self'a нарушается и психологическое развитие какого-то важного центрального сегмента психики задерживается. Остальные сегменты продолжают развиваться, но внутри остается пустота отсутствующей сердцевины.

Winnicott видел в лице матери своего рода зеркало, в котором ребенок наблюдает отражение своих собственных чувств и посредством этого распознавания приобретает чувство себя. Этот процесс нарушается, если мать находится во власти отрицательных эмоций, если она, например, угнетена или депрессивна, рассержена, злобна. Очевидно, таким образом формируется недостаточность Self'a, нарушение идентичности, лежащее в основе пограничного личностного расстройства.

В то же время Winnicott подчеркивал, что мать в интересах ребенка не должна постоянно быть «совершенной», т.е. всегда соответствовать его потребностям, так как это будет скорее подавлять, чем стимулировать его формирование как автономного и независимого существа. Матери (на отцах Winnicott не акцентировал внимание) должны быть «достаточно хорошими», но не «совершенными». Winnicott усматривал опасность в том, что родители, находясь под влиянием собственных бессознательных потребностей, могут навязывать ребенку свою волю, подавляя формирование сепаратного Self'a.

Автор обращал внимание на то, что нарушения в системе Self «инфекциозны». Они возникают у детей, которые воспитываются родителями, страдающими теми же самыми расстройствами.

Winnicott, также как и Balint, подчеркивал значение эмпатии. Ребенок воспринимает информацию из внешнего мира на телесном, протопатическом уровне, на уровне ощущений, сигналов и т.д. Это - нюансы эмоций, которые необходимы для формирования Self. У лиц с нарушениями Self во взрослой жизни эмпатия обычно усилена. Учет специалистом повышенной эмпатии пациента особенно важен, т.к. это накладывает особый отпечаток на отношение этих людей к психотерапии. Эмпатически схватывая неискренность, они будут обращать внимание не на слова, а на то, что стоит за словами аналитика. Если они почувствуют отсутствие искренней заинтересованности в себе, это приведёт к нарушению коммуникации, потере интереса к терапии.

Winnicott описывает сверхзанятость матери ребенком как состояние психики женщины, которое позволяет ей быть хорошей матерью и создавать необходимую для развития ребенка средовую ситуацию. Эта сверхзанятость требует от женщины отказа от многих субъективных желаний и интересов и фиксации на витальных потребностях ребенка. Разрыв, который происходит между внутриутробным и внеутробным периодами жизни ребенка, должен быть смягчен, поскольку его последствия имеют большое значение для дальнейшего развития ребенка.

Сразу же после рождения у ребенка возникает необходимое для него субъективное чувство сверхвласти и сверхвозможностей. Это кратковременный, но необходимый для него период. Смысл его заключается в немедленном удовлетворении желаний ребенка. Если он голоден, он получает грудь, если ему холодно и дискомфортно его укрывают и согревают. Посредством удовлетворения желаний он как бы контролирует ситуацию и создает необходимую для себя среду. Начало мышления по желанию (захотел и тут же получил) закладывается именно в этом периоде. В результате такого отношения у ребенка создаются иллюзия и вера в то, что его желание создает объект желания. Мать должна понимать необходимость пребывания рядом с ребенком, когда в ней нуждаются, и наоборот, отсутствовать, когда она не нужна. Эту ситуацию Winnicott называет поддерживающей средой - психическим пространством, внутри которого ребенок чувствует себе комфортно, не осознавая на уровне интеллекта, что он защищен.

Период сверхзанятости ребенком должен быть кратковременным, в противном случае это приведет к отрицательным результатам. Сверхзанятость матери автор определяет как своего рода временное сумасшествие, которое делает возможным подавить свою субъективность для того, чтобы стать посредником в развитии субъективного иллюзорного чувства ребенка. При оптимальном раскладе мать постепенно уходит от этой деятельности и прекращает её, поскольку она не должна быть длительной. Матери следует проявлять повышенный интерес к собственному комфорту, своим проблемам, своей личности, сводя тем самым сверхзанятость на нет. Она делает сначала одну, потом другую и последующие паузы в удовлетворении желаний ребенка, который постепенно избавляется от иллюзии обязательного удовлетворения его желаний. Таким образом он уходит от иллюзорного ощущения субъективного всемогущества.

Расставание ребенка с иллюзиями помогает ему постепенно осознать, что мир не состоит из одной субъективности, и что удовлетворение желания требует не только выражения этого желания, но и взаимодействия с другими людьми, имеющими

собственные желания и потребности. Таким образом к переживанию субъективного всемогущества добавляется переживание объективной реальности, которое не замещает первое, а скорее существует наряду с ним или в каком -то отношении к нему.

Winnicott не рассматривает это развитие как линейную последовательность, в которой одна стадия заменяет другую, предшествующую ей. Они наслаиваются друг на друга и сочетаются друг с другом. Человек, живущий только объективной внешней реальностью, выражает свой ложный Self без субъективного центра. Он субмиссивен, т.к. полностью ориентирован на ожидания других как на стимулы, идущие из внешней среды.

Для того, чтобы быть личностью с *постоянно* развивающимся Self'ом и ощущением личностного смысла, необходимо периодическое переживание субъективного всемогущества. Речь идет о глубоко личном, никогда полностью нераскрываемом ядре переживаний. *Временное* переживание субъективного всемогущества обеспечивает младенцу мать путем поддержания постоянного ценностного ресурса, который должен в какой-то степени сохраняться. Ранние переживания ребенка позволяют ему по мере роста продолжать чувствовать свои спонтанно возникающие желания как что-то очень важное и имеющее смысл. Хотя уже в этот период ребенок должен интегрировать различные виды взаимодействия с другими людьми.

Между этими двумя формами переживаний *(иллюзорное всемогущество и объективная реальность)* находится третья форма, которую Winnicott называет *переходным переживанием.*

Winnicott использует понятие «переходные феномены» (transitional phenomena), которые появляются во время переживания ребенком контакта с матерью. Вначале ребенок фиксируется на материнском теле, и, прежде всего, на ее груди. В дальнейшем происходит фиксация на «переходных объектах».

При субъективном всемогуществе ребенок чувствует, что он создает желаемый объект, например, материнскую грудь и верит, что он обладает полным контролем над этим объектом. При переживаниях объективной реальности ребенок чувствует, что он должен найти желаемый объект. Он осознает свою сепаратность от него и понимает, что не контролирует этот объект.

Переходный (транзиторный) объект воспринимается по-другому. Он переживается не как субъективно созданный и контролируемый, и не как отдельный, найденный и открытый, а как что-то промежуточное между первым и вторым. Таким образом, статус переходного объекта по своему определению двойственен и парадоксален. Важно, чтобы родители не разрушали двойственность переходного объекта.

К переходным объектам относятся одежда, игрушки, одеяла и другие предметы, которые в какой-то степени ассоциируются с переживанием определенных материнских качеств и приобретают новое значение в периоды временного отсутствия матери.

Переходный объект, например, игрушка, выступает как заменитель родителей или матери. Она имеет символический смысл, осуществляя переход от симбиотического смешивания, от зависимости к матери к процессам отделения от неё. Игрушка воспринимается ребенком как объект, на который можно проецировать фантазии, связанные, например, с матерью во время её отсутствия. Наличие такого объекта позволяет ребенку привыкать к отсутствию человека, осуществляющего заботу о нем на всё более длительные периоды времени.

Важен не сам переход ребенка от зависимости к независимости, а создание моста между двумя разными типами переживаний, двумя позициями Self'а по отношению к другим.

Важность игрушки не в том, что она заменяет ребенку мать, а в том, что обеспечивает расширение границ его Я на полпути между зависимостью от матери к независимости. Это продолжение ребенок создает субъективным чувством всемогущества. В то же время объект функционирует самостоятельно. Значение

переходных объектов заключается в поддержке ребенка, которого жизнь перемещает из мира иллюзорного всемогущества в мир, где он должен приспосабливаться, сотрудничать с другими.

Переходные объекты смягчают переход от зависимости к матери к относительной самостоятельности. Они «переходны» в том смысле, что находятся между идеальным объектом фантазии и реальным объектом внешней реальности. Winnicott относил к переходным феноменам способность к игровой деятельности, которую Meissner (1984:170) определил, как «способность смешивать иллюзию и реальность». Способность к игре является «упражнением в творчестве» (Meissner, 1984). Она использует символы и поэтому продуцирует искусство, литературу, живопись, культуру.

Переходные переживания имеют большое значение для сохранения психического здоровья и креативности. Они становятся особой зоной защиты творческого Я, внутри которой оно оперирует и разыгрывает различные ситуации. Человек, живущий в состоянии субъективного всемогущества и не имеющий мостика к объективной реальности, поглощен собой, аутистичен, изолирован.

Примером служит шизотипическое личностное расстройство, носителей которого отличает изолированность, странность, необычность, неприспособленность к окружающей обстановке.

Если же человек живет только в объективной реальности и не имеет корней в раннем младенческом чувстве субъективного всемогущества, он приспособлен и адаптирован к среде очень поверхностно. У него отсутствуют оригинальность, страстность, способность к самозабвению и пр.

Двойственность переходной зоны, с одной стороны, позволяет сохранить корневые исходные переживания как глубокий и спонтанный источник себя, а, с другой, - адекватно взаимодействовать с окружающим миром, понимать и учитывать наличие иных точек зрения, взглядов и ценностных ориентаций.

Исследуя место, которое занимает агрессия в переходе между субъективным всемогуществом и объективной реальностью, Winnicott предложил *концепцию «использования объекта».* При субъективном всемогуществе ребенок пользуется объектом «безжалостно». Он создает его своим желанием, эксплуатирует для собственного удовольствия и может разрушить. Такое переживание требует полного подчинения и эксплуатации находящейся рядом матери. Постепенно ребенок начинает осознавать наличие рядом другого человека, который может быть разрушен. Это циклический процесс всемогущего творчества, деструкции и выживания.

С появлением чувства внешнего мира и чувства другого человека, который имеет свои права, ребенок начинает понимать, что люди существуют вне его всемогущего контроля. Появляется осознание того, что его желания могут быть опасными.

Переходный объект наделяется эмоциями, свойственными живому человеку и позволяет отыгрывать на нем различные ситуации. Этот объект называется переходным потому, что через какое-то время его актуальность теряется. Он может заменяться другим переходным объектом, группой объектов, или этот этап переживаний уходит в прошлое. Повторная встреча взрослого человека со старым переходным объектом, которого он случайно «находит где-то в сундуке», может вызвать у него кратковременные ностальгические чувства, всплеск эмоций и переживаний. Дети, лишенные эмоциональной поддержки со стороны родителей, часто находят выход в фиксации чувств на переходном объекте. Чрезмерная фиксация на объекте приводит к преобладанию иллюзорного чувства субъективного всемогущества. Вокруг такого объекта появляется большое количество фантастических событий различного содержания, которые отражают мышление по желанию. Такой ребенок оказывается плохо адаптированным к будущей жизни.

Для того, чтобы понять сущность фантастических содержаний, ориентации только на подходы классического психоанализа недостаточно, т.к. эти содержания подчинены

коллективным и глубинно бессознательным алгоритмам. Алгоритмы представлены матрицами, преформами, архетипами, которые строятся по определенным узорам. Так рождаются заменяющие реальность мифы, легенды и эпосы, чему способствуют средовые влияния, в том числе и не имеющие непосредственной связи с родителями. Это могут быть сказки, прочитанные или увиденные в кино отрывки каких-то событий, которые помогают ребенку создавать различные фабулы, защищающие его от неприглядной реальной обстановки окружающего мира.

Создаются мифы о Спасителе, Герое, которые решают за ребенка его проблемы. Память каждого человека хранит содержания любимых фабул, созданных в детстве и получивших дальнейшее развитие во взрослой жизни. Такие фабулы оказывают серьезное воздействие на всю жизнь. Встречаются люди, у которых второе звено переходного объекта - объективная реальность представлена недостаточно. Это сопровождается возникновением позиции ожидания, в которой отражается первое звено переходного объекта - субъективное всемогущество. На этой основе начинают выстраиваться контакты с людьми, дальнейшее развитие которых обречено на неудачу, т.к. на людей проецируется сказочный образ, которому реальный человек не соответствует. Возникает разочарование, появляется психическая травматизация.

Winnicott считает, что ложный Self развивается как результат преждевременной насильственной необходимости вступления в контакты с внешним миром. Создание ложного Self необходимо. Особое значение в этом процессе придается соотношению и сосуществованию ложного Self с настоящим. Если ложный Self поглощает настоящий, возникает потеря себя. Человек может потерять себя на разных этапах жизни, но предпосылки возможной потери закладываются в раннем возрасте. Многие системы воспитания часто направлены на то, чтобы ребенок по мере своего развития становился все более конвергентным, использовал все меньшее количество собственных ресурсов, отбрасывая все, что выходит за заданные пределы. Ребенку свойственны игра воображения, яркость восприятия, эмпатия, любознательность, интерес.

Система воспитания, которая отсекает ряд интересов и фиксирует ребенка на узкой направленности интересов, редуцирует их и приводит к *конвергентности ребенка*. Причиной конвергентности являются навязанные ему особенности поведения, мыслей и чувств. Например, ребенку не позволяют эмоционально выражать себя, исходя из предпосылки необходимости сглаживания и подавления эмоциональных проявлений, умения контролировать проявление эмоций и спонтанности в поведении. Интересы к определенным видам активности подавляются, в связи с тем, что это не принято, не соответствует имиджу, престижу, не дает, с точки зрения родителей, достаточных дивидендов. Таким образом стимулируется образование ложного Self'а, а настоящий Self уходит в тень. Иногда у детей при этом возникает чувство раздвоенности между ложным и настоящим Self'ом, которое принимает необычные формы. Например, ребенок семи лет настораживает родителей тем, что часто говорит о себе в третьем лице, выражая свой настоящий Self. «Он хочет пить, он будет спать», - говорит мальчик о себе, подчеркивая тем самым, что он – это его настоящий Self, который действительно хочет именно этого. Другие желания идут не от него, а от «них», от других частей его Я. Таким образом, ребенок четко дифференцирует свое настоящее состояние от того, что навязывает ему внешняя среда, в данном случае родители. Это расщепление фиксируется родителями и вызывает их настороженность.

Интересной особенностью людей, у которых не сформирован настоящий Self, является *страх молчания* во время контакта с другими людьми. Такой человек считает, что пауза во время разговора вызывает у собеседника отрицательное чувство. Он оценивает молчание как состояние, которое приближает человека к обостренному ощущению пустоты. Поэтому он стремится заполнить пространство молчания насколько это возможно. Будучи далеким от понимания важности и продуктивности молчания, ему трудно усвоить истину, что молчание может быть содержательным и творческим.

Для человека с ложным Self'ом важна оценка его другими, а поскольку у него возникает страх отрицательной оценки, он начинает отвлекать последних разговором на какую угодно тему. Эта тактика приносит определенные плоды, но не избавляет человека от ощущения неудовлетворенности.

С точки зрения Kohut'а (1971), человек может «избавиться» от *плохих Self-объектных отношений,* «вводя» в свою психику новые Self-объектные отношения, которые начнут доминировать над старой системой взаимодействий. Kohut считал, что практически все формы психических расстройств обусловлены нарушением Self-объектных отношений детского периода. Эти детские отношения были настолько отрицательно окрашенными, что они не могут быть интернализованы и поэтому мешают развитию спаянного чувства Self. В результате у ребенка не развивается необходимая внутренняя структура личности, и его психика остается фиксированной на архаических Self -объектах. Следствием этого является то, что в течение всей жизни психика испытывает на себе иррациональное влияние определенных объектов и человек никак не может освободиться от необычной зависимости и от привязанности к ним, испытывая при их отсутствии ностальгию. Эти объекты заменяют часть его психических структур. Отношения между ними и психикой приводят к развитию различного рода внезапно возникающих у взрослого человека эмоциональных состояний, происхождение которых для него непонятно.

Характеризуя людей со *слабым Я,* Kohut фиксирует внимание на неразвитости их Self'а в плане спаянности его структуры. У людей со слабым Я отсутствует смысл жизни и основная направленность действий, у них фактически не развита идентичность и поэтому легко возникают различные формы дезадаптации к окружающей обстановке.

Kohut обращает внимание на наличие у ребенка *эмпатической недостаточности*– дефицита интуиции, эмпатии, которые блокируют развитие идентичности. В случае успешной работы по дальнейшему развитию эмпатии, процесс саморазвития может восстановиться в любом возрасте, но по мере взросления способность развития эмпатии снижается. Kohut считал, что эта возможность должна быть использована в процессе психотерапии пациентов с различными нарушениями.

Правильная психотерапия дает развитию эмпатии второй шанс, который был упущен в детском возрасте. В процессе психоанализа необходимо предоставить пациенту возможность формирования новых Self-объектных отношений, способствующих росту новых психических структур. Этот процесс включает в себя техники, направленные на доразвитие и дальнейшее совершенствование эмпатии.

Положение Kohut'а о слабости эмпатии у лиц с нарушением идентичности не нашло подтверждения в проведенных нами наблюдениях пациентов с пограничным личностным расстройством, у которых обнаруживалась обостренная эмпатия по отношению к эмоционально значимым для них лицам.

M. Balint (1968) в предложенной им концепции «основной недостаточности» также придает особое значение раннему периоду развития ребенка. Автор ставит нормальное развитие ребенка в зависимость от материнско-младенческого «гармоничного интерпенетративного смешивания». В случаях неадекватного родительствования (дистантность, пренебрежение, агрессия) у ребенка происходит формирование основной недостаточности, нарушается развитие идентичности. Balint подчеркивает, что основная недостаточность формируется в доэдипальном, невербальном периоде жизни. С этим связаны трудности психотерапии таких пациентов, поскольку последняя в классическом психоанализе основывается на вербальном общении, а слова для пациента с основной недостаточностью лишены эмоционального смысла и поэтому не полностью воспринимаются им. Для эффективного воздействия необходимы не чисто интерпретативные подходы, а неформальное эмпатическое общение, трактуемое современными специалистами (Langs,1996) как бессознательная коммуникация.

Терапевтический успех может быть достигнут только в случае выхода на уровень основной недостаточности.

Психоаналитическая трактовка психических нарушений психотического уровня содержится в работах Bion'а (1955, 1965). *Wilfred Bion* акцентуировал внимание на дальнейшей разработке теоретических положений Melanie Klein в аспекте применения объектных отношений к шизофреническим проявлениям. Анализируя особенности мышления и языка у лиц, страдающих шизофренией, Bion пытался объяснить природу и динамику происходящих у них фрагментации и утраты смыслового значения. Автор обнаружил функционирование дополнительных ассоциаций между шизофреническими расщеплениями, атаками зависти и ярости, описанными Klein, по отношению к «плохому» объекту-материнской груди.

В случаях шизофренической психопатологии атака направлена не только на внешний объект, но и на часть своей собственной психики, связанной с объектом/объектами и реальностью в целом. «Ребенок воспринимает связь с объектом как чрезвычайно болезненную и поэтому атакует не только грудь, но и свои собственные психические способности, которые соединяют его с грудью» (Mitchell,Black, 1995). Это - атака на восприятие и мыслительный процесс. Она приводит к разрушению способности воспринимать и понимать реальность, устанавливать содержательный контакт с окружающими людьми. По выражению Mitchell и Black, зависть (в понимании Klein) становится нарушением «аутоиммунного» характера, при котором психика атакует сама себя.

Bion пытался разобраться в «способах», которые используются при атаке психики своих собственных психических процессов, и пришел к заключению, что фокусом атаки являются *связи.* В результате расщепляются ассоциации между мыслями, чувствами и объектами.

Bion, вслед за Klein, продолжил развитие концепции проективной идентификации. Klein, как известно, определяла проективную идентификацию как фантазию, в процессе которой какая-то часть Self'а переживается как помещенная в другом человеке, с которым Self идентифицирует себя и который пытается контролировать. Bion интересовался влиянием проективной идентификации на человека, на которого эта идентификация произошла. В процессе анализа пациентов с выраженными психическими отклонениями Bion обнаружил, что у него возникают неприятные эмоциональные состояния, приближающиеся к эмоциональным переживаниям пациентов. На основании такого рода наблюдений автор пришел к заключению, что аналитик в ходе проведения анализа на каком-то из его этапов становится «контейнером» психического содержания, изначально принадлежащего пациенту и спроецированного на аналитика.

Таким образом, Bion расширил концепцию проективной идентификации, превратив ее в обоюдный процесс, включающий пациента и аналитика.

Возбуждение и тревога пациента по механизму контагиозности эмоции вызывают тревогу аналитика, депрессивное состояние пациента провоцирует угнетение аналитика. Корни этого явления прослеживаются в наиболее ранних периодах жизни. Младенец «наполнен» беспокоящими его ощущениями, которые он не в состоянии каким-то образом организовать и контролировать. В связи с этим он проецирует эти переживания на мать, которая реагирует на ситуацию и «в каком-то смысле организует переживания для младенца, который интроецирует их уже в переносимой форме». Если мать не настроена на восприятие состояния младенца, он остается поглощенным неорганизованными, фрагментарными и ужасающими переживаниями. Наличие эмоционального резонанса с ребенком, очевидно, необходимо для развития интимности, сопереживания, эмпатии.

В аналитической ситуации, по представлениям Bion'а, «работает» та же модель. Эта же модель лежит в основе понимания роли проективной идентификации. Межу аналитиком и пациентом происходят сложные взаимодействия, обусловленные диадным характером контакта, *интерперсонализацией проективной идентификации.*

Концепция интерперсональной проективной идентификации в отношениях, складывающихся при проведении психоаналитической терапии, представлена в работах **Racker**'а по трансференсу и контртрансференсу (Racker, 1953, 1968). Автор придавал большое значение идентификации аналитика с проекциями пациента, с теми сегментами Self'a пациента, которые переживаются аналитиком.

Racker (1953) говорит о том, что «аналитик выполняет две роли:

1) интерпретатора бессознательных процессов;
2) является объектом тех же самых процессов.

Последствия: контртрансференс может вмешиваться и интерферировать, так как аналитик, во-первых, является интерпретатором и, во-вторых, - объектом импульсов…Восприятие может быть правильным, но воспринимаемое может провоцировать невротические реакции, которые повреждают его интерпретационнную способность». Аналитик в роли интерпретатора способен помочь или помешать восприятию бессознательных процессов. Аналитик в качестве объекта изменяет свое поведение, что, в свою очередь, влияет на восприятие его пациентом. Форма интерпретаций, звучание голоса, невербальная коммуникация по отношению к пациенту воспринимаются последним, приводят к личностной трансформации и изменению объектных отношений.

Влияние пациента на аналитика может, например, выражаться в том, что аналитик *верит* пациенту, если последний атрибутирует на него различные негативные характеристики, то есть аналитик начинает считать себя «плохим» в соответствии с интроецированными плохими объектами, которые пациент спроецировал на него. Это происходит еще и потому, что «союзником» пациента оказывается внутренний элемент личности аналитика-его собственные плохие объекты, которые он в себе ненавидит.

Этот механизм приводит к возможному возникновению у аналитика чувства ненависти к пациенту, что, в свою очередь, активизирует superego аналитика и грозит соответствующими последствиями.

Racker (1968) выступал против характерного для классического психоанализа «мифа аналитической ситуации», характеризующего анализ как взаимодействие между больным и здоровым человеком». Автор изучал объектные отношения в аналитической динамике: «Истина заключается в том, что это - интеграция между двумя личностями, ego которых находится под давлением из id, superego и внешнего мира; каждая личность имеет свои внутренние и внешние зависимости, тревоги и патологические защиты; каждый является также ребенком с его внутренними родителями; и каждый из этих целостных личностей-анализируемого и аналитика – отвечает на каждое событие аналитической ситуации» (с.132).

Комментируя высказывания Racker'а, Mitchell и Black (1995) утверждают, что способность аналитика идентифицировать себя с проекциями на него пациента как раз и позволяет ему использовать эти идентификации для понимания пациента, включая его психопатологические симптомы преследования, депрессии и тревоги.

Следуя концепции объектных отношений, психоаналитик и профессор литературы *Cristopher Bollas* идентифицировал первичное сознание ребенка как детско-материнскую диаду. Bollas изучал особенности ранних отношений ребенка со средой, в которой он воспитывается. Автор называл эти отношения диадными и подчеркивал, что ребенок воспринимает мать не как объект, не мать как таковую, а как обоюдные отношения, которые возникают между ним и матерью. Он придавал большое значение ритму определенных отношений с объектом и считал, что ритм складывающихся отношений имеет значительно большее значение, чем просто восприятие и качество объекта.

Ребенок чувствует ритмику отношений и колебания эмоциональности, связанные, например, с усталостью. На эмоциональный фон влияют самые разнообразные причины, вызывая его повышение или снижение. По мнению Bollas (1987), впервые осознается не сам объект, не его качества как таковые, а процесс отношения к объекту: «ритмы этого

процесса…информируют о природе этого «объектного» отношения…»; «…еще, не будучи полностью идентифицированной как другая, мать переживается как процесс». Это *отношение* между ребенком и матерью (или кем-то другим, осуществляющим заботу), ребенок интернализует, то есть интернализует «процесс, извлекаемый из объекта» и вводит его в свое сознание и бессознательное.

Интернализация, с точки зрения автора, имеет большое значение, т.к. оказывает дальнейшее влияние на всю последующую жизнь человека и его отношения с людьми. Bollas рассматривает чувства и поведение в различном возрасте в ракурсе воссоздания интернализованных в младенческом периоде межличностных отношений.

Диадные отношения с матерью оставляют *тень объекта,* которая присутствует в сознании как неосознаваемое явление и в то же время влияет на него. Ряд ситуаций, с которыми встречается человек, могут стимулировать оживление тени, то есть они могут инициировать оживление состояний, которые имеют корни в очень раннем детском опыте. При этом возникают кратковременные мимолетные, неподдающиеся анализу *настроения.* Вдруг становится смешно, грустно, тревожно и пр. Эти чувства носят вначале свободно плавающий характер. Впоследствии они находят проекцию.

С точки зрения Bollas, тени, которые оживают в сознании, являются причиной смены настроений, поскольку в этих состояниях репродуцируются, воссоздаются, повторно воспроизводятся и повторно переживаются прежние эмоциональные состояния младенческого и раннего возраста.

Настроения, по мнению автора, являются «сложными Self-состояниями, в которых из «кладовых памяти» возникают и повторно переживаются «прежние младенческо-детские» переживания и состояния бытия (1987). Таким образом, «когда индивидуум входит в настроение, он может быть каким-то прежним Self'ом (1987:100), например, объектом любви и восхищения; переживающим чувство вины, унижения; объектом, на который не обращают внимания - отвергнутым и т. д.».

Настроения имеют ядро, которое, согласно терминологии Bollas'а, определяется в качестве "консервативного объекта» (имеются в виду диадные переживания). Состояние называется «консервативным», поскольку в нем законсервирована интактная часть детского переживания себя и/или других. Это консервативное ядро не имеет тенденции к изменению под влиянием меняющихся средовых условий. Оно действует как мнемонический контейнер особого Self-состояния, законсервированного, вследствие его связи с продолжающимися переговорами с каким-то аспектом раннего родительского окружения.

Ребенок, таким образом, не только интернализует свои переживания, но и консервирует Self-состояния, которые, в конце концов, становятся постоянными чертами его характера.

Более того, его внутренний мир состоит не просто из Self'а и репрезентации объекта. Ребенок может перенести переживание, которое регистрируется не посредством репрезентации, а посредством чувства идентичности. «Таким образом, ребенок может иметь глубокое Self-переживание, не будучи готовым связать это состояние бытия с каким-либо объектом. Такие Self-состояния…привносят…чувство идентичности и поэтому консервируют детское чувство себя и чувство бытия» (1987). Подобная динамика включает консервирование травматических событий, которые ребенок еще не в состоянии интегрировать.

Bollas обращает специальное внимание на психические травмы раннего детства, являющиеся результатом родительского насилия, пренебрежения, отсутствия родительского контакта. Автор связывает происхождение «настроений» (по крайней мере, негативных) с дефектом отношений в родительско-детской диаде. Эти состояния прочно консервируются в памяти и присутствуют в дальнейшей жизни.

Представляется возможным выделить две основные причины консервации этих экзистенциальных состояний:

1)состояния не могут подвергнуться процессу трансформации, символизации, репрезентации, например, в зрительных имиджах, и быть управляемыми в связи с ранним возрастом;

2)состояния сохраняют континуальность (продолжительность) отношений с родителями, перенося их с детства во взрослый возраст. Континуальность сохраняется, несмотря на неадекватное родительствование, болезненный опыт раннего контакта с родителями.

Bollas полагал, что результатом второй причины может являться разрыв отношений пациента с аналитиком, прекращение терапии по инициативе пациента в ситуациях угрозы охраняемого пациентом консервативного ядра отношений с родителями. Следует иметь в виду, что консервативные объектные отношения фиксируются в довербальном периоде, когда не сформирована способность к вербализации и отсутствуют психические репрезентации.

Регистрация происходит, согласно Bollas'у, на уровне первичных диффузных «ощущений» и аффективности.

Bollas применяет по отношению к окружающей ребенка первичной среде термин «трансформирующий объект», то есть объект, вызывающий у ребенка трансформацию. Jones (1991) комментирует эту дефиницию и считает, что для большей ясности лучше пользоваться термином "трансформирующее объектное отношение», так как при этом ребенок обучается трансформировать переживание в информацию о себе и окружающем мире.

Ранние трансформирующие объекты оставляют след в психике ребенка, и «отбрасывают длинную тень» на всю последующую жизнь. В периоды кризиса, в экстремальных ситуациях человек особенно нуждается в трансформирующем объекте, который в состоянии стать для него как бы «точкой отсчета», фокусом «заземления». Оживление связи с трансформирующим объектом создает чувство психологического комфорта, позволяет найти в себе силы для интеграции нового опыта. Один трансформирующий объект может быть замещен в определенной степени другим трансформирующим объектом. В «эстетических» (терминология Bollas'a) состояниях таким новым трансформирующим объектом может стать музыкальное или поэтическое произведение, природа, какой-то другой человек. Контакты с трансформирующими объектами очень важны, поэтому человек ищет их всю жизнь.

Теория объектных отношений получает развитие в работах *Dorpat, Miller* (1992). Авторы обращают особое внимание на значение интеракций, происходящих между пациентом и терапевтом во время аналитической терапии. Dorpat и Miller критикуют классический психоанализ, в связи с присущей последнему недооценкой фактора межличностного общения. Это «белое пятно» связано с фундаментальной ошибкой атрибутирования-«тенденцией атрибутировать поведение исключительно к предиспозициям действующего лица и игнорировать мощные ситуационные детерминанты поведения» (Nisbert, Ross, 1980).

Dorpat и Miller подчеркивают роль первичного процесса в бессознательной коммуникации. Ошибка Freud'a, по их мнению, заключается в его убежденности в том, что проявления первичного процесса происходят из эндогенно возникающих бессознательных фантазий и что вся система первичного процесса изолирована от взаимодействия с окружающей средой.

Современные исследования показывают, что система первичного процесса напрямую включена во взаимодействие с другими людьми и объектами. Эта система бессознательно анализирует значение этих взаимодействий, что находит выражение в разнообразных «продуктах»-дериватах первичного процесса (Dorpat, Miller, 1992). Дериваты первичного процесса ранее рассматривались как производные бессознательных фантазий, в наличии которых авторы сомневаются. В настоящее время анализируется обнаруженный факт участия в формировании дериватов первичного процесса

бессознательных попыток выразить смысл и значение *реальных,* а не фантастических взаимодействий с людьми и объектами.

Weiss и Sampson (1986) заменяют термин «бессознательные фантазии» термином «бессознательные убеждения», придавая последнему другое смысловое значение. Результаты проведенных авторами исследований подтверждают, что именно бессознательные *убеждения* могут становиться патогенными и играть главную роль в развитии психопатологии.

Патогенные убеждения следует дифференцировать с фантазиями. Содержания фантазий не нуждаются в какой-либо «проверке» или тестировании реальностью. Индивидуум относится к фантазиям не так, как к реальности. Freud обращал внимание на то, что фантазии «регулируются принципом удовольствия» и направлены на удовлетворение желаний (хотя это относится к содержанию далеко не всех фантазий).

Различия фантазий и патогенных убеждений проявляются уже в детском возрасте. Дети получают удовольствие от фантазий, но не получают его от патогенных убеждений. Последние вызывают у детей страх и подавляют конструктивную активность. Фантазируя, ребенок отвлекается от неприятных или угрожающих ему аспектов реальности, «изменяет» реальность в соответствии со своими желаниями. Патогенные убеждения воспринимаются ребенком как реальные.

Weiss и Sampson (1986) полагают, что патогенные убеждения и связанные с ними эмоции тревоги, страха, вины, стыда обеспечивают «первичные базисные мотивы для развития и сохранения патологических защит и ингибиций». Авторы приходят к заключению, что *все формы психопатологии* имеют в своей основе «критический элемент», которым являются патогенные убеждения.

Анализируя структуру патогенного убеждения, Weiss и Sampson выделяют в ней несколько компонентов. Они пишут: «патогенное убеждение состоит, по крайней мере, из четырех компонентов:

1) подходы, импульсы или цели, воспринимаемые в качестве опасных;
2) виды опасностей, которые оно предсказывает;
3) виды средств, которыми оно располагает;
4) сила убеждения, которая ему присуща.

Варьируя этими четырьмя компонентами, можно обнаружить патогенные убеждения, лежащие в основе любой формы психопатологии» (с.325).

Dowling и Pine (1985) считают необходимым проводить разграничение между патогенными убеждениями и возвращающимися воспоминаниями о травматических событиях. Так, например, у детей в результате переживания психических травм могут возникать образные воспоминания травмирующих ситуаций, и в то же время эти воспоминания могут «наслаиваться» на патогенные убеждения, существовавшие до травмы. (Наличием этого механизма, с нашей точки зрения, можно объяснить более тяжелое течение посттравматического стрессового расстройства у лиц, воспитывавшихся в неблагополучных условиях, способствующих формированию патогенных убеждений).

Патогенное убеждение, согласно Weiss'у и Sampson'у, формируется в результате конфликтов и травм, связанных с Self-объектными отношениями детей с другими людьми и, прежде всего, родителями.

Представляется возможным выделить две закономерности возможного развития патогенного убеждения у детей:

1) ребенок обнаруживает, что его попытки реализовать какое-то желание, добиться какой-то цели могут разрушить наиболее значимые связи с родителями. В результате у него развивается патогенное убеждение, связывающее достижение цели или реализацию желания с угрозой его связи с родителями. Последствием такого патогенного убеждения является необходимость защитить себя перед осознанием цели для того, чтобы не разорвать связь с родителями.

2) Вторая закономерность, приводящая к формированию патогенной убежденности, заключается в том, что ребенок ретроспективно обвиняет себя в возникновении какого-то травмирующего события, как, например, развод родителей или серьезная болезнь одного из них.

Патогенное убеждение продолжает оказывать свое влияние на психологическое состояние в последующие возрастные периоды. Выявление содержания патогенного убеждения является важным элементом психоаналитической терапии.

Например, пациентка колеблется и никак не может решиться обратиться по собственной инициативе за консультативной и лечебной помощью по поводу проблем, касающихся ее взаимоотношений с родителями мужа. Анализ показывает наличие у нее бессознательного патогенного убеждения в том, что ее мать заболеет или с ней что-нибудь случится, если она будет принимать самостоятельные решения. В процессе аналитической терапии прослеживается ретроспективный путь патогенного убеждения вплоть до раннего детского периода, когда мать осуждала попытки дочери вести себя независимо.

Dorpat и Miller (1992), как уже упоминалось, критически относятся к концепции Freud'а о бессознательных фантазиях. Авторы считают надуманным и недоказуемым существование бессознательных фантазий и тем более заключение о том, что они являются первичным источником разорванных и иррациональных мыслей. Такого типа интерпретации игнорируют, по их мнению, объектные отношения и интеракции между пациентом и аналитиком, которые, наряду с диспозициями пациента, определяют характер трансференса и эмоциональных реакций пациента.

В качестве альтернативы Dorpat и Miller предлагают концепцию «бессознательного анализа значений». Бессознательный анализ значений происходит автоматически; его продуктом как раз и являются дериваты первичного процесса. Сюда включаются имиджи, элементы невербальной коммуникации, аффекты и нарративы. Бессознательное в процессе Self-объектных отношений создает значения, и это является его важной функцией, о чем не упоминается в традиционном психоанализе. Бессознательному таким образом придается ранг психической функции более высокого уровня.

Эта концепция находит подтверждение в работе Weiss и Sampson (1986). Их исследования демонстрируют, что в осуществлении функций высшего психического уровня (мышление, принятие решений, оценка, планирование, постановка цели и др.) участвуют не только сознательная, но и бессознательная части психики. Система первичного процесса бессознательно и автоматически производит быструю оценку текущих событий, включая себя и других. Анализ значений, таким образом, происходит не только на сознательном, но и на бессознательном уровнях и связан с потребностью человека ощущать значимость своих отношений с внешним миром и адаптироваться к нему. В результате такого бессознательно-сознательного анализа по отношению к анализируемому событию могут быть активизированы различные виды психической деятельности, эмоциональные состояния, схемы поведения, защитные реакции и др.

Бессознательный анализ значений включает также оперирование материалами, ранее находящимися в сфере сознания, а затем «спустившимися» в бессознательное. Речь идет, например, об обучении навыкам, которые со временем становятся бессознательными и выполняются автоматически. В настоящее время имеется ряд данных, подтверждающих, что большая часть когнитивных процессов может протекать бессознательно и не вербализуется (Kihlstrom, 1987 и др.). Пациенты на уровне первичного процесса во время аналитической терапии бессознательно анализируют интеракции с терапевтом.

Dorpat и Miller (1992) обращают внимание на часто совершаемые психоаналитиками ошибки в интерпретации переживаний пациентов, сводя последние исключительно к влиянию эндогенных (внутриличностных) факторов и игнорируя характер Self-объектных отношений в терапии. Авторы приводят конкретный пример из работы Dewald'а (1972), когда директивная манера поведения психоаналитика привела к формированию у пациентки его негативного образа с соответствующими аффективными

реакциями, но, несмотря на это, полученная специалистом информация ошибочно интерпретировалась им как «трансферентные фантазии» и «нереалистическое поведение», связанное только с интрапсихическими причинами, особенностями детских отношений с отцом и др.

Теория объектных отношений находит отражение в работе Fast'a (1985) «Теория явления». Автор использует теорию явления при анализе первичного процесса и объектных отношений. Теория явлений предлагает рассматривать «явление» (event) в качестве основной единицы переживания и психической структуры, репрезентирующей «Self в интеракции с не-Self'ом». Явления представляются как базисные единицы архаической когниции, свойственной первичному процессу, и присутствуют в рефлексах ребенка уже с момента его рождения. Первичный процесс бессознательно анализирует значения явлений. Этот анализ захватывает, в первую очередь, взаимодействия между Self'ом и другими людьми. В дальнейшем он создает репрезентации значения происходящих событий в дериватах активности первичного процесса.

Теория явления основана на постулате, согласно которому развитие индивидуума происходит посредством дифференциации Self'a и не-Self'a. Теория использует модель объектных отношений для понимания развития психической структуры. Основным содержанием когниции первичного процесса, согласно Fast'y, является репрезентация специфических отношений со средовыми факторами.

EGO и SELF ПСИХОЛОГИЯ

Становление ego психологии характеризовалось смещением интереса аналитиков с изучения содержаний бессознательного к стремлению понять процессы, посредством которых эти содержания удерживаются от их осознания. Удерживающие процессы локализованы в ego и являются операциями, осуществляемыми ego.

Как известно, ego, по Freud'y, выполняет функции адаптации человека к окружающей его реальности и поиска возможностей реализации в конкретной ситуации определенных желаний id с соответствующим сдерживанием стремлений, представляющих опасность, в связи с их социальной неприемлемостью. Ego функционирует по принципу реальности и является почвой для возникновения вторичного процесса мышления, основанного на последовательности, логике и связи с реальностью. Таким образом, ego осуществляет посредническую функцию между требованиями id и сдерживающими факторами реальности.

Необходимо понимать, что в ego содержатся не только сознательные, но и бессознательные элементы. Сознательные аспекты олицетворяют то, что человек понимает, говоря о себе «я». Бессознательные - включают различные виды психологических защит: репрессию, перемещение и др. Результаты ряда исследований показывают, что психологические ego- защиты формируются в детстве и играют значительную роль в адаптации. Тем не менее, в более поздние периоды жизни, в других ситуациях и в новом социальном окружении эти защиты могут стать не только непригодными, но даже вредными, приводя к социальной дезадаптации.

Функционирующие бессознательно элементы ego включают также «примитивные эмоциональные реакции» (McWilliams, 1994) на события, которым противопоставляется мощная психологическая защита, например, такая, как отрицание.

Сознательную часть ego называют «наблюдающим ego». Наблюдающее ego рационально. Оно в состоянии комментировать и описывать свои переживания. В процессе психоаналитической терапии наблюдающее ego вступает в контакт с аналитиком, стараясь понять себя, разобраться в «тотальном Self'e».

Бессознательную часть ego называют «переживающим ego». Переживающее ego «схватывает» и аналитическую ситуацию, и себя на бессознательном, «висцеральном», невербализуемом уровне.

Такое «терапевтическое расщепление ego» Sterba (1934) считал необходимым условием для эффективной аналитической терапии. Если пациент с позиции наблюдающего ego, не в состоянии говорить об эмоциональных реакциях глубокой локализации, аналитик должен предпринять усилия для облегчения этой способности, расширяя тем самым зону наблюдающего ego.

Выявление проблемы или симптома наблюдающим ego очень важно для психоаналитической коррекции, так как обнаруженный симптом, становясь дистоническим или чуждым по отношению к ego, лучше поддается терапии, по сравнению с тем же симптомом, но незамечаемым пациентом и воспринимаемым им как интегральный его сущности, т.е. ego - синтонным.

«Сила ego» заключается в способности личности выявлять и признавать даже неприятную реальность и выбирать зрелые формы защиты, не прибегая к наиболее примитивным формам.

Shapiro (1965) считает, что психологическое здоровье человека зависит как от его способности *выбирать* зрелые формы психологической защиты, так и от способности использовать различные варианты других видов защит, в зависимости от тех или иных условий.

Анализ особенностей психологических защит с позиций ego психологии показывает, что функция последних заключается не только в ограждении от тревоги, связанной с импульсами id и конфликтами id, ego, и superego, но и в поддержании стабильной положительной самооценки (Waelder, 1960; Goldberg, 1990).

В рамках данного контекста Blaff (1974) на клинических примерах поясняет практическую важность ego психологии. Автор описывает двух пациентов с симптомами депрессии, протекающими с одинаковыми клиническими особенностями, включая нарушения сна, аппетита, психомоторную заторможенность и др. В то же время Blaff отмечает, что у них имеют место совершенно разные субъективные переживания.

Один из них жалуется на плохое самочувствие, обусловленное переживаниями своей моральной неполноценности, или ощущением себя как носителя зла. Этот пациент раздумывает о совершении самоубийства, поскольку считает, что само его существование вредит другим людям и приносит несчастье всему миру. Свое самоубийство он рассматривает как альтруистический акт, совершаемый во имя благой цели - освобождение мира от его дурного влияния.

Второй пациент также чувствует себя морально неполноценным, он испытывает ощущение внутренней пустоты, какого-то дефекта в себе, своей безобразности, уродства и тоже размышляет о совершении самоубийства, но вовсе не для того, чтобы тем самым «помочь миру», а просто потому, что не видит смысла в своей жизни.

Blaff считает, что если в первом случае пациент страдает от чувства вины, то во втором примере речь идет о чувстве диффузного стыда.

С точки зрения теории объектных отношений первый пациент заполнен интроецированными «другими», которые постоянно сообщают ему о его плохих качествах, второй же настолько лишен интернализации, что не способен сформировать у себя какую-либо мотивацию и определить направление возможных действий.

McWilliams (1994) комментирует пример, приводимый Blaff'ом, следующим образом: "Диагностическая дифференциация между первой формой депрессии, называемой в психоаналитической литературе «меланхолией», и второй, являющейся более нарциссически истощенным состоянием психики, чрезвычайно важна для практики. Первый тип депрессивного клиента не будет реагировать на открыто симпатизирующий, поддерживающий тон интервьюирующего: он будет чувствовать себя неправильно понимаемым, как… получающий больше того, чем он …заслуживает.

Состояние пациента второго типа…будет значительно облегчено прямым выражением заботы и поддержки со стороны терапевта; его пустота будет временно заполнена и агония стыда ослаблена».

В классической психоаналитической литературе психологические защиты обычно рассматриваются в качестве независимых внутренних психических процессов, которые непосредственно не связаны с межличностными отношениями и ситуациями. Согласно этим положениям, основной функцией психологических защит является защита от драйвов, и, кроме того, их анализ не выходит за границы интроспективной модели.

Современный психоанализ расширяет рамки функционирования психологических защит, выделяя по-существу новый коммуникативный аспект: психологические защиты находятся под влиянием протекающих, в основном, бессознательно взаимодействий с другими людьми. Защитная активность, таким образом, включает в себя межличностный аспект взаимодействия (интерактивный аспект).

Психологические защиты формируются в процессе интеракций между родителями и ребенком. В этот процесс включаются и другие виды отношений ребенка: с другими людьми, с объектами, например, игрушками как транзиторными (переходными) объектами. Интернализация этих интеракций формирует основу психологических защит (Dorpat, 1985). Автор полагает, что развитие психологических защит начинается на втором-третьем году жизни и принимает участие в формировании символического мышления.

С точки зрения Makler с соавт. (1975), наиболее ранней психологической защитой является отрицание.

Психологические защиты приобретают значение как инструментарий, противодействующий возникновению «болезненных эмоций, связанных с «патологическими «интроектами» (Dorpat, 1985). Термин «патологический «интроект» относится к «введенным» (интроецированным) в психику отношениям, связанным с чувствами страха, тревоги, наличия опасности. Здесь важен интерактивный аспект – интроецированность в психику переживаний, связанных с взаимодействиями.

Психологические интроекты возникают и развиваются в результате усвоения травматических событий, психотравмирующих содержаний в отношениях.

Dorpat выделяет защитную беспомощность, выражающуюся в подходе «Я не могу» по отношению к различным ситуациям. Защитная беспомощность формируется в результате взаимодействий ребенка со сверхпротективной матерью, которая резко ограничивает самостоятельность ребенка и фактически поглощает его, выполняя за него необходимые для развития адекватные возрасту функции. Подход «Я не могу» является психологической защитой отрицания своей компетентности, самостоятельности, возможности делать что-то без помощи матери, а в дальнейшем и без помощи других людей. Отрицательные последствия защиты в форме «Я не могу» включают в себя зависимость, субмиссивность, задержку развития самостоятельности в принятии решений, неадекватность суждений о чем-либо; нарушения реалистического мышления, способности к объективной оценке реальности.

Dorpat (1974) описывает психологические защиты, свойственные не только одному человеку, но и объединяющие совместные защиты (shared defenses) групп лиц, к которым относит «разделенное отрицание». Автор приводит в качестве примера родственников и врача молодой женщины, которые вместе с пациенткой отрицали серьезность ее суицидальных попыток. Речь идет о разделенном отрицании, препятствующем осуществлению каких-либо превентивных и терапевтических мероприятий, необходимых для предупреждения окончательного суицида.

С нашей точки зрения, группы в сравнении с индивидуумом, более подвержены самообману. Мотивационная интенция, следующая за формированием разделенной защиты в группе, идентична таковой у индивидуума. Речь идет о тревоге, чувствах унижения, вины, стыда и др.

Такой же концепции придерживается Bion (1959), применяя термин «групповая ментальность». Автор относит к последней объединяющие ее членов желания, подходы, взгляды, убеждения и эмоции. Каждый член группы конформен, только то, что соответствует принятой схеме, принимается и используется для расширения группового Self'a.

Наиболее важным аспектом групповой ментальности является способ «борьбы» с информацией, вызывающей тревогу. В этом процессе могут возникать бессознательные коллизии с постановкой проблемы «что следует отрицать».

Совместные защиты актуализируются не только в психике индивидуума/группы, но и в социальных интеракциях. Разделенные схемы защит включены в каждодневную активность. Они регулируют то, что происходит в группе, хотя этот процесс не осознается членами группы или семьи. Совместные схемы защит находят выражение в характере взаимодействия между членами групп, формировании их отношения к различным событиям в семьях, в обществах, стране и мире.

Семейные совместные схемы защит создают правила поведения в отношении того, о чем можно и о чем нельзя говорить, что нужно обязательно отрицать.

Laing (1969) приводит пример пациента из состоятельной семьи из Новой Англии, в которой, по крайней мере в четырех поколениях, существовало неписанное правило, согласно которому детям запрещалось проявлять эмоциональные реакции, особенно реакции гнева, повышения голоса и т.д. Строгий контроль над эмоциональными проявлениями подкреплялся физическими наказаниями детей. Только в процессе анализа пациент смог осознать и вербализовать влияние на него этого семейного правила, блокирующего контакт с психоаналитиком.

Описаны многочисленные примеры совместного отрицания, существующего в семьях, характеризующихся насилием над детьми, инцестом и алкоголизмом. Специальное внимание уделяется значительно представленному совместному отрицанию в случаях инцеста. Отрицание препятствует признанию инцеста членами семьи и другими лицами. Несмотря на очевидность многочисленных фактов инцеста, они игнорируются или неправильно истолковываются (Blume, 1990).

Совместные психологические защиты лежат в основе «группового мышления» (Janis, 1983), порождающего иллюзии и мифологическую оценку событий. Целью группового мышления является защита самооценки и снижение тревоги. Этот тип мышления сплачивает людей, но в то же время усиливает их суггестируемость, создает благоприятные условия для индоктринирования. Жертвой группового мышления оказывается способность к самостоятельной критической оценке.

Групповое мышление подкрепляется лояльностью к группе и ее лидеру. По причине лояльности члены группы не спорят, не задают неприятных, неконформных вопросов, успокаивая себя «мышлением по желанию».

Janis приходит к выводу, что: «чем более выражено дружеское чувство солидарности среди членов…группы, тем больше опасность замены независимого критического мышления групповым мышлением, которое вероятно приведет к …иррациональным действиям».

У пациентов с пограничным личностным расстройством и с нарушениями психотического уровня обнаруживается специфическая форма психологической защиты, направленная против эмоциональной коммуникации и близких межличностных отношений (Modell, 1984). Пациенты уходят в зону самодостаточности, отгораживаясь от окружающего мира. Фантазии, в которых присутствует переоценка себя и грандиозность, вносят разнообразие в герменевтическую изолированность таких людей. В психоаналитической терапии таких пациентов терапевты регистрируют их индифферентность, отсутствие проявления каких-либо чувств к аналитику и его интерпретациям. Для них характерно состояние экзистенциальной скуки. Коммуникация протекает без эмоционального включения. Пациенты внешне мало проявляют даже

периодически возникающие у них негативные эмоциональные состояния грусти, тревоги и др.

Такого рода психологическая защита в процессе аналитической терапии может ослабевать по мере установления стабильного переноса, а затем снова усиливаться в состояниях стресса или перерыва в терапии.

Modell приходит заключению, что психологическая защита ухода от отношений связана с «желанием сохранения автономии Self'a перед страхом и стремлением к смешиванию».

Психологическая защита ухода от отношений прослеживается при связанных с травматизацией объектных отношениях и является механизмом, позволяющим избежать их повторения.

По существу, это реакция на страх аннигиляции или раздробления Self'a с целью сохранения его интегральности и спаянности. По мнению Modell'a, в отличие от репрессии, психологическая защита ухода от эмоциональных отношений «является не внутренним процессом, защищающим от усиления инстинктуального напряжения внутри психического аппарата, а защитой, направленной против опасности, воспринимаемой в настоящем в контексте группы или двоих людей. Исключительно интрапсихические защиты такие, как репрессия и изоляция могут сосуществовать с защитами, которые я описал как возникающие только внутри биперсонального контекста».

Dorpat (1985) обращает внимание на то, что пациенты с нарциссическим расстройством блокируют как восприятие, так и передачу (трансмиссию) аффективных посланий. Они обычно не осознают аффективные коммуникации, исходящие от других людей.

У аналитика создается впечатление, что пациент не фиксирует его интерпретации, не обращает внимания на их содержание. То же самое происходит и с невербальными коммуникациями.

Dorpat описывает пациента, у которого обнаруживалось не только отсутствие аффекта в разговоре, но и «аффективная глухота» по отношению к посланиям аналитика. Пациент игнорировал вербальную и невербальную коммуникации, в особенности те, которые противоречили его желаниям идеализированного Self-объекта. Для определения блокады аффективных посланий Dorpat использует термин «негативная галлюцинация». Привычка пациента игнорировать других затрагивала многие из его объектных отношений и сформировалась в раннем детстве под влиянием защитной идентификации с пограничной матерью, которая с младенческого периода пренебрегала потребностями сына. Игнорирование других людей в дальнейшем позволяло пациенту отрицать свою нуждаемость в них, а также являлось защитой от гнева, ярости и возможных агрессивных действий, представляющих опасность как для него, так и для других. Dorpat подчеркивает, что аффективная «глухота» у его пациента (как и других пациентов с нарциссическими расстройствами) не носит глобального характера и не является необратимой.

Нарциссические пациенты проявляют избирательность по отношению к разным видам аффективной коммуникации: они более «глухи» к одним лицам и менее –к другим. Главной детерминантой является только характер межличностного отношения.

Согласно Dorpat'у, защитное качество лишенной аффекта коммуникации и аффективная глухота распознаются лучше всего после установления стабильного Self-объектного трансференса, поскольку «приливы и отливы этой защиты определяются преимущественно природой отношений между пациентом и аналитиком».

Возврат защиты стимулируется нарушением Self-объектного трансференса, и соответственно защита ослабевает или даже исчезает после того, как Self-объектный трансференс восстанавливается.

Основной стратегией терапии пациентов с нарушениями Self'a является постоянная интепретация self-объектных трансференсов.

Kohut (1971) и Modell (1984) описывают типичные реакции контртрансференса, которые возникают у аналитика при работе с пациентами с нарушениями Self'a. Наиболее частыми реакциями на пациентов, развивающих зеркальный трансференс, являются скука, безразличие, потеря заинтересованности.

Dorpat указывает на необходимость дифференциации контртрансференса, который возникает в ответ на психологическую защиту ухода от эмоциональных отношений, от контртрансференса при установлении стабильных Self-объектных переносов (контртрансференсов), что связано с различным содержанием фрустрации в этих ситуациях. Защита аффективного неучастия со стороны пациента лишает аналитика возможности вступить с ним в значимые отношения, осуществлять обоюдный эмоциональный контакт. В таких ситуациях пациент не замечает аналитика, ведет себя таким образом, как –будто последний для него ничего не значит, или попросту не существует.

В ситуации установления стабильного Self-объектного трансференса, пациент вступает с аналитиком в аффективные взаимоотношения. Аналитик рассматривается как «одушевленный» значимый объект, способный помочь пациенту в решении его проблем.

Переживания многих пациентов невозможно интерпретировать в рамках теории драйвов, психологических защит по отношению к тревоге (ego психология), или активации внутренних объектов, интроецированных в ранних периодах жизни (теория объектных отношений).

У этой категории пациентов не обнаруживаются ни «объекты-саботажники», ни негативные интроецированные переживания и комплексы. Их жалобы сводятся к чувству внутренней пустоты, отсутствию какой-либо мотивации и смысла жизни. Если пациенты и предъявляют жалобы на наличие каких-либо проблем, то устанавливается, что они носят поверхностный характер и являются, по-существу, лишь предлогом для контактов с аналитиком.

Главная проблема для этой категории пациентов заключается в спутанности самооценки, неудовлетворенной потребности в подтверждении их значимости, достоинств, проявлении к ним уважения и т. д.

Отчетливые нарцисстические признаки проявляются в постоянной нуждаемости в положительной оценке со стороны других людей.

Аналитики, работающие с этими пациентами, как правило, не испытывают к ним каких-либо положительных чувств. Возникающий контртрансференс характеризуется раздражением и неясным беспокойством. У аналитика появляется чувство скуки и безнадежности в отношении возможных положительных изменений и ощущение того, что он вообще не имеет никакого значения для пациента, который не воспринимает его в качестве реально существующего лица, стремящегося оказать помощь.

В то же время эти пациенты отмечают, что они «не знают, кто они вообще, и имеет для них хоть что-нибудь какое-то значение».

Использование классических аналитических подходов не позволяет установить наличие таких признаков, как потеря контроля над импульсами, идущими из id, отчетливое нарушение межличностных отношений и др. Не представляется возможным диагностировать и депрессию, так как пациенты способны к получению временного удовольствия, например, в ситуациях, когда их хвалят.

Таким образом, перед аналитиками возникает задача значительно более сложная, чем помощь в решении конкретного конфликта, проблемы, устранении симптома и др. Речь идет фактически о недостаточно развитом Self'е и о помощи пациентам в его конструировании.

Более эффективное решение данной задачи стало возможным благодаря использованию результатов работ Kohut'a (1971, 1977, 1984), в которых была сформулирована новая теория Self'a, отразившая развитие Self'a, его нарушения и терапевтические подходы к их коррекции.

Основной акцент в теории Kohut'а был сделан на процессе нормального для человека стремления к идеализации и развитии психических нарушений во взрослом периоде у лиц, выросших в ситуации лишения (отсутствия) объектов, которые сначала можно было бы идеализировать, а в дальнейшем постепенно и нетравматически деидеализировать.

Работы Kohut'а оказали большое влияние на ряд аналитиков, которые реконцептуализировали клинические данные, обращая внимание на процессы, направленные на поддержку самооценки, когезивность (спаянность) Self'а и чувство континуальности Self'а. Анализ и интерпретация этих процессов были особенно важны для пациентов не только с нарциссическими нарушениями, но и для лиц, страдающих пограничным, зависимым личностным расстройствами и другими видами нарушений.

В монографии «Социодинамическая психиатрия» (Короленко, Дмитриева, 2000) психические нарушения подразделялись на три основных группы, в зависимости от уровня имеющей место патологии: 1) психические нарушения непсихотического невротического уровня, 2) личностные расстройства, 3) психические нарушения психотического уровня. Такой диагностический принцип имеет непосредственное отношение к вопросам психоаналитического диагноза и психоаналитической терапии, в связи с различными механизмами расстройств и особенностями реакции пациентов на терапевтические вмешательства при нарушениях разного уровня.

Выделяя различные уровни психических расстройств, следует обратить внимание на одно важное обстоятельство: с точки зрения классической клинической психиатрии, диагностика психического нарушения того или иного уровня предполагает, что на последующих этапах течения болезни последняя (ее симптоматика) будет оставаться в границах установленного при первичном наблюдении уровня. Если у пациентки/пациента диагностировано нарушение «невротического уровня», последнее или исчезнет или будет сохраняться в этих границах и в дальнейшие временные периоды, и не может перейти из невротического уровня в психотический.

В тех случаях, когда такая смена уровней все-таки имеет место и «невротические» пациенты становятся психотическими, ситуация объясняется первично неправильной диагностикой, ошибкой, обусловленной недостаточным опытом, и профессиональной некомпетентностью врача. Подобная логика умозаключений была очень типичной для советской, особенно, московской психиатрии и отражала концепции шизофрении, постулированные институтом психиатрии АМН СССР, руководимом Снежневским. Пациенты, в течение ряда лет проявлявшие невротические симптомы, к которым в дальнейшем присоединялись галлюцинаторные, дереализационно/ деперсонализационные или бредовые переживания, рассматривались как изначально страдавшие шизофренией, и ранее ошибочно диагностированные.

В несколько иной ситуации оказывалась категория более редко встречающихся пациентов, у которых расстройства психотического уровня сменялись расстройствами «невротического» уровня. Диагноз шизофрении в этих случаях не снимался, первичная диагностика, как правило, не подвергалась сомнению, а расстройства «невротического» уровня искусственно, за счет гипердиагностики психотических симптомов, рассматривались как психотические, для чего использовался термин «псевдоневротические расстройства».

В психоаналитической практике установлению уровня нарушений придается чрезвычайно важное значение, т.к. от него зависят цели коррекции и особенности ее проведения. Установлению «невротического» уровня расстройств помогает владение информацией о формах и содержаниях патологии, свойственной непсихотическим нарушениям.

Дифференциация имеет значение также для отграничения невротической патологии от уровня личностного расстройства. В этом отношении могут быть полезны следующие сведения:

1) Для расстройств «невротического» уровня типична ego-дистонность симптомов, которые рассматриваются пациентом как вызывающие напряжение, дискомфорт и выбивающие из колеи.

Для уровня личностного расстройства, наоборот, характерна ego-синтонность симптомов, их «спаянность» и интегральность с личностью. Пациенты считают проявления своего нарушения (симптомы) естественной реакцией на сложившуюся ситуацию и единственно правильным в данной ситуации рациональным поведением.

2) Для нарушений «невротического» уровня характерно наличие устанавливаемого фактора/факторов, провоцирующих или вызывающих нарушение, в то время как при личностном расстройстве отклонение существует на протяжении длительного периода времени.

3) При нарушении «невротического» уровня у пациентов функционирует «наблюдающее ego», что позволяет им более или менее объективно обсуждать свою проблему с аналитиком и видеть ее со стороны.

Для пациентов, страдающих личностным расстройством, не типично заключение терапевтического союза с аналитиком, основанного на реакциях трансференс-контртрансференс с идентификацией аналитика с объектами из прошлого.

4) У лиц с нарушениями «невротического» уровня активизируются бессознательный инфантильный конфликт и дезадаптивные механизмы, использующиеся для того, чтобы справиться с этим конфликтом, что создает этим людям еще большие проблемы. В связи с этим аналитик должен определить тип конфликта, помочь эмоциональному отреагированию и развитию новых способов его разрешения. Процесс терапии характеризуется наличием взаимности и реалистического сотрудничества, а терапевтический союз сопровождается реакциями трансференса и контртрансференса. Проводимое в таких случаях лечение может быть сравнительно кратковременным.

Терапевтическая задача в случае личностного расстройства оказывается более сложной, коррекция длительной, а прогноз менее благоприятным, так как речь идет не об устранении конкретной дезадаптивной реакции на какой-то стрессогенный фактор, а об изменении структуры личности. В ходе терапии особое значение приобретает *образовательная* функция аналитика (McWilliams, 1992), который обязан проинформировать пациента о том, как он (аналитик) воспринимает его проблему. Основной терапевтической задачей становится превращение ego-синтонных симптомов в ego-дистонные. По мнению Greenson (1967), специалист обязан создать условия для возникновения «рабочего альянса», несмотря на возможные явно выраженные собственные негативные реакции.

5) Если при нарушении «невротического» уровня пациент видит в аналитике фигуру, оппозиционную лишь какой-то одной части своего Self'а, то уровень личностного расстройства характеризуется восприятием аналитика как человека, атакующего весь целостный Self носителя нарушения.

Такая ситуация неизбежно провоцирует недоверие к специалисту, преодоление которого требует взаимных усилий. На установление доверия может затрачиваться значительное количество времени (более года). Многое в этом процессе зависит как от формы личностного расстройства, так и от степени его тяжести. Особенно мало перспективными в этом плане являются антисоциальное расстройство и тяжелые степени нарциссической патологии.

Психотический уровень нарушений диагностируется сравнительно легко, что объясняется наличием яркой симптоматики: галлюцинации, дезорганизованное поведение, бредовые идеи различного содержания и нарушения формально-логического мышления. Тем не менее, McWilliams (1992) обращает внимание на наличие большого количества людей, имеющих психотический уровень организации психической структуры, но не проявляющих свойственной им дезорганизации в поведении в обычных условиях, при отсутствии значительного стресса.

Такие лица проявляют хроническую ранимость и большую подверженность психотическим срывам, что проявляется в их выраженной периодической психической дезорганизации. Эти люди используют определенные формы психологических защит, к которым относятся отказ, отрицание, всемогущий контроль, примитивная идеализация, примитивная девальвация, расщепление и диссоциация. Эти защиты примитивны, превербальны и иррациональны, но, вместе с тем, они защищают человека от эмоций ужаса, хотя сами по себе создают психическую дезорганизацию.

Лица с внутренней психотической дезорганизацией характеризуются нарушением идентичности. По мнению McWilliams, они «никогда полностью не уверены в том, что существуют». Затруднения в идентичности затрагивают основные вопросы самоопределения и восприятия собственного тела, чувство возраста, пола и сексуальную ориентацию. У них отсутствует чувство продолжительности Self'а, обнаруживаются выраженный разрыв с реальностью, различные магические верования и затруднение абстрагирования. Иррациональные идеи не воспринимаются ими как ego-дистонные.

Ego психологи подчеркивают отсутствие у таких людей внутренней дифференциации между id, ego и superego, а также между наблюдающей и переживающей частями ego.

Сторонники теории объектных отношений акцентуируют внимание на наличии у данной категории лиц спутанности между внутренними и внешними переживаниями и дефицита «основного доверия».

Laing (1965) считал, что для этих лиц характерна «онтологическая неуверенность». Содержанием их сновидений являются часто повторяющиеся темы деструкции и аннигиляции. Ряд авторов (Bateson с соавт., 1969; Lidz, 1973 и др.) подчеркивает, что дети с внутренним психотическим уровнем организации не чувствуют себя самостоятельными и сепаратными. Они ощущают себя продолжением кого-то другого. Очевидно, что у такой личности оказывается нарушенным само чувство существования (экзистенции).

Обращается внимание на то, что психотический уровень нарушений, как правило, вызывает у специалистов положительный контртрансференс, особенно при применении психофармакологической коррекции.

Медицинский персонал, работающий с этой категорией лиц и неиндоктринированный концепциями «психического дефекта», «необратимого распада» и «эмоционального уплощения», способен устанавливать с ними эмпатический контакт, а сами пациенты, при наличии доверия к продуктивному контакту, отвечают на него тонкими эмоциональными реакциями.

Анализ случаев незавершенных самоубийств показывает, что суициденты, как правило, полностью не осознают, почему они их совершают. Объяснения пациентов носят весьма упрощенный характер. Они пытаются делегировать ответственность за свое поведение родителям и близким родственникам. Более глубокий *анализ причин незавершенных суицидов в ряде случаев обнаруживает следование пациентов скрытому от них самих сценарию, который носит мифологический характер.*

Существует комплекс симптомов, являющихся следствием «проигрышной» позиции психики в отношении задач, которые она не может ни разрешить, ни найти адекватного способа реагирования на них. Эти состояния характеризуются жалобами на чувство внутренней пустоты, отупения. Возможны ощущения хаоса, дезориентированности, чувство «потери себя». Такие пациенты, как правило, теряют смысл жизни, чувствуют себя как-бы не существующими, безразличными ко всему и непонимающими смысла происходящего. Мир воспринимается ими как что-то не имеющее к ним отношения, отдаленное, существующее «за стеклянной стеной».

В силу тяжести переживаний пациенты используют различные способы, помогающие избавиться от них. Используется самоанализ, когнитивное переструктурирование проблемы, уход в работу, межличностные контакты, просмотр телепередач, физическая активность и др.

В большинстве случаев коррекция этих состояний требует *анализа глубинных психодинамических механизмов их возникновения.*

Анализ обнаруживает, что внутренним механизмом возникающего отчуждения является отделение части ego-сознания от Self'a.

В происходящий в психике процесс патологизирования активно вовлекаются ego и Self. При этом расщепляется и ego и Self. Оторванность ego от основной части психики приводит к «зависанию» ego в образовавшемся хаосе. Возникшее ощущение «зависания над пропастью» воспринимается как чрезвычайно тяжелое состояние.

В результате отношения к себе как к несовершенному и негативно поступающему человеку может возникнуть чувство вины. Это чувство связано с влиянием superego. В психике человека в момент формирования чувства вины происходит следующее.

Как результат «оторванности» ego от Self'a, изменяется сила влияния superego. Superego «поглощает» ego, «навязывая» ему чувство ответственности за происходящее и одновременно чувство вины. Человек начинает воспринимать себя неадекватным, неполноценным, безнравственным. Изолированное от Self'a ego не фиксируется на положительных воспоминаниях, на достижениях и жизненных успехах. Клинически это может быть представлено психическими нарушениями функционального характера.

Современное общество создает условия, провоцирующие вышеназванные явления. Оно «оторвано» от природы, прагматично, акцентуировано на конкретном достижении, эксплуатирующем функции ego. У человека, функционирующего в таких условиях, не хватает времени на установление связи с самим собой. Находясь в условиях, требующих выживания, ему некогда «заниматься» самоанализом, а окружающий мир постоянно «подбрасывает» все новые требования, к которым необходимо адаптироваться. Последствия такой «атаки» на человека со стороны общества иногда приводят к трагическим результатам. Разучившись пользоваться внутренними ресурсами, человек оказывается не в состоянии адаптироваться к окружающей действительности. Рутинная деятельность препятствует проявлению креативности, что приводит к ощущению неудовлетворенности жизнью и пораженческим настроениям.

Для того, чтобы противостоять возможным невротическим и психотическим реакциям, необходимо поддерживать постоянную связь с Self'ом. Наличие такой связи обеспечивает появление новых мотиваций и новых жизненных целей. Многие из пациентов слабо верят в существование такой возможности. Врачи, к которым они обращаются за помощью, к сожалению часто не хотят обращать внимание на эту сторону жизни.

Отсутствие веры в регулирующую и жизнеутверждающую силу влияний бессознательного мешает налаживанию контактов человека с самим собой.

Такой человек рассуждает примерно так: «Зачем я буду обращаться к самому себе? Что я могу найти там нового и полезного? Я знаю себя так хорошо, что ничего интересного найти уже не смогу. Во мне никогда не было и не будет ничего особенного».

Подобные умозаключения приводят к преждевременному и необоснованному самоосуждению, приговариванию себя к монотонной, во многом искусственной, однообразной и неполноценной по качеству жизни.

Неспособность интегрировать составляющие своего ego и Self'a может приводить к нарушению идентичности. Лица со слабой идентичностью занимают промежуточное положение между носителями выраженной клинической картины пограничного личностного расстройства и здоровыми людьми. Несмотря на то, что они не входят в категорию пограничного личностного расстройства, т.к. не «набирают» для этого диагноза достаточного количества признаков, у них выявляются отчетливые черты недостаточно сформированной идентичности. Их проявления находят выражение в различных невротических реакциях, к которым относятся трудности в приспособлении к семейной, производственной, духовной и другим сферам жизни.

Свидетельствами относительно сформированной идентичности являются, во-первых, интеграция психологических механизмов, которые обеспечивают взаимодействие ego и Self'a, и, во-вторых, хорошая способность к адаптации. Об отсутствии проблем, связанных с идентичностью, можно говорить при наличии ощущения того, что принято называть смыслом жизни.

Анализ психодинамических механизмов нарушения самооценки и идентичности показывает их связь с событиями, происходившими в раннем детстве. Если ребенок не получал необходимой любви, душевного тепла, эмпатии и принятия значимыми близкими, у него возникают нарушения самооценки и идентичности. Характер ранних взаимодействий с близким окружением создает модель, определяющую будущие межличностные контакты и во многом отражающую события раннего периода жизни.

Так, например, дистанцирование и отсутствие эмоциональной поддержки формируют чувство вины и неуверенности в себе; подавление естественных потребностей и способностей ребенка. Блокада любознательности, способности к фантазированию и эмоциональной чувствительности препятствует развитию этих процессов и формируют у ребенка чувство стыда, основанное на ощущении того, что он плохой. В зеркале такой модели отношений с окружающими мир воспринимается как враждебный и вызывающий недоверие.

Возникающие переживания сопровождаются тревогой и чувством опасности, избавиться от которых трудно. Наличие таких чувств мешает развитию идентичности, т.к. человек не может положиться на себя. В формировании представления о себе как о неполноценном субъекте участвует superego.

Человек с низкой самооценкой вредит своей карьере, создает препятствия для потенциальных достижений, что способствует развитию угнетенных, депрессивных, тревожных состояний и социальных фобий. Невозможность самореализации порождает психоэмоциональное напряжение, стремление к уходу от которого активизирует такую психологическую защиту как псевдоактивность, или приводит к употреблению аддиктивных агентов, временно выводящих из этого состояния. Очевидно, что ни тот, ни другой способ проблемы не решают. Коррекция таких состояний возможна только при «вскрытии» и понимании вызывающих их психодинамических механизмов.

Патологическая модель межличностных отношений, выстроенная на основе негативных переживаний раннего периода жизни, приводит к задержке формирования идентичности и нарушению внутреннего психического равновесия. Конфликты, болезни, поражения, разочарования, без которых жизнь немыслима, воспринимаются неадекватно, с оттенком катастрофы. Сомнения, недоверие к себе усиливаются. Развивается страх потери, боязнь быть покинутым.

В результате человек, с одной стороны, оказывается связанным с людьми, абсолютно неподходящими для него, а, с другой - боится потерять эту связь, несмотря на то, что, фактически, она ему не только не нужна, но и вредна. Это приводит к возникновению вторичных способов защиты и приспособления к миру.

Такой человек не позволяет себе развивать и проявлять глубокие эмоции, считая их опасными и приводящими к драме; не разрешает другим любить себя и тем более самому вступать в сколько-нибудь глубокие эмоциональные отношения, считая, что все закончится психологической травмой в связи с распознаванием его неполноценности. Происходит постепенное «застывание» и укоренение в психике неадекватных стереотипов поведения. Внутренняя жизнь становится «мертвой» и ригидной, способность к «маневрированию» снижается. Изоляция от общества, непонимание других делают человека несчастным. Защищаясь, он начинает соответствующим образом выстраивать свое ролевое поведение.

Лица со слабой идентичностью тратят душевные силы на создание внешнего «фасада» личности, необходимого для социального общения. Маска, за границы которой они никого не пускают, скрывает постоянный страх того, что кто-то сможет увидеть, по

их мнению, неприглядное, настоящее Я. Такой человек оказывается личностью без свойств, разыгрывающей лживые социальные роли. При этом он может эффективно функционировать, напоминая робота с подавленной и неразвитой эмоциональной сферой. От него не стоит ждать тепла, эмпатии, сочувствия и поддержки, что особенно остро ощущается членами семьи.

Жизнь в современном обществе, в отличие от традиционного, способствует преобладанию в нем «людей без свойств». Состояние человека без свойств неестественно. Оно создает внутреннее напряжение. Депрессии и суицидное поведение могут быть связаны с психологическим дискомфортом, причины которого не осознаются. Современное общество не предлагает человеку выхода. Господствующая идеология профита, рационализации, компьютеризации, разрушения природы, потери традиционных межличностных контактов и систем ценностей, бегство в виртуальную реальность и употребление веществ, изменяющих психическое состояние, способствуют нарастанию отчуждения.

Представители экзистенциального направления психотерапии считают, что ощущение бессмысленности жизни является основным переживанием современного человека. В проводимых коррекционных мероприятиях *необходимо выявление и осознание этого чувства.* Поскольку избежать подобных переживаний нельзя, человек должен принять их и адаптироваться к ним.

Экзистенционалисты полагают, что кризис современного человека заключается не в переживании бессмысленности, а в неспособности осознать ее непреходящую суть, научиться жить с этим чувством и приспособиться к нему.

Большую помощь в решении данной проблемы может оказать активизация религиозного чувства. Активизация религиозных представлений может быть вызвана анализом ранней травмы, связанной с осознанием изгнания человека из рая. Осознание способствовало возникновению представлений о смерти, о конечности существования. Мысли о неизбежности смерти могут активизировать чувство бессмысленности. Средством избавления от него является формирование жизненной позиции с акцентом на то, что смысл жизни заключается в стремлении самореализоваться настолько, насколько это возможно. Если такое кредо станет главным мотивом, если человек будет рассматривать жизнь как чудо, как подарок и постоянно ощущать необходимость самоактуализации, риск совершения суицида уменьшится.

Депрессия может развиваться у людей, добившихся успеха, достигнувших цели, на что было затрачено большое количество времени и энергии. В психиатрии эта форма депрессии называется *«депрессией успеха».* Мы обратили внимание на то, что депрессия успеха характерна для лиц с дуалистическим (максималистским) мышлением, рассматривающих все происходящее в категориях «хорошо» или «плохо», без промежуточных значений. Достигнутая ими цель оказывается единственным стимулом, приобретшим в ходе реализации ее достижения центральное значение. Все остальные интересы, чувства, системы ценностей, отношений с людьми в течение длительного периода были вытеснены из сознания, обычные чувства стали «замороженными». После достижения цели жизнь потеряла смысл, и в связи с этим развилась экзистенциальна депрессия. Нахождение нового смысла жизни возможно при условии обращения к сохраняющимся потенциальным источникам Self'a, что является основной целью аналитической психотерапии в понимании Jung'a.

Как известно, Self включает в себя совокупность всего, что генетически заложено в любом человеке: возможностей, переживаний, поведения, психических процессов, состояний, свойств и пр. Понятие Self вбирает в себя не только сознательную часть психики, но и многое из того, что человеком не осознается. Разные культуры дают Self'у и разные названия. Его называют водой жизни, внутренним хозяином, альфой и омегой, Богом внутри человека и др. Несмотря на недосягаемость Self'a, в нем заключены бессознательные структуры, которые проявляются в жизни человека, оказывая на нее

постоянное влияние. Это влияние реализуется в организации и управлении психическими процессами в бессознательном.

В процессе роста, развития, воспитания и социализации одни аспекты Self'a реализуются, другие же так и остаются подавленными и незадействованными. Людям свойственны разные возможности для раскрытия Self'a. При благоприятной совокупности влияний внешней и внутренней среды Self раскрывает свою большую часть, при неблагоприятной – лишь определенные структуры. Если реализации затруднены и связь человека с Self'ом нарушена, возникает отчуждение. Клинически это выражается в дереализации и деперсонализации.

Современная психотерапия таких состояний требует усиления процесса индивидуации, использования бессознательной части Self'a, интеграции всех его структур с интернализацией их осознания в сознательную жизнь человека. Зачастую это происходит спонтанно и автономно без психотерапевтического вмешательства.

Процесс самореализации не бывает законченным и постоянным. Он колеблется и зачастую ограничивается индивидуальными особенностями личности. Анализ ego под таким углом зрения позволяет рассматривать его как осознанную часть Self'a, которая, с одной стороны, выступает в качестве посредника между различными потребностями Self'a и внешним миром, а, с другой, - постоянно рефлектирует и анализирует происходящее.

В истории культуры присутствует разное отношение к «я» (ego) и Self'у. Восточные направления в психологии и философии считают, что «я» является причиной неудовлетворенности, переживаний и несчастий. «Я» отождествляется с греховностью, потерянностью, слабостью. Self'у придается значение полноты, идеала, божественности. Подчеркивается необходимость избавления от «я» и обращения к Self'у.

Западная культура акцентирует значение «я» в достижении успеха, прогресса, совершенствования мира. Игнорирование ego приводит к нарушению приспособления, к отрыву от реальности. Неконтролируемое «погружение» в Self может проявляться в развитии формальных психических нарушений, изменений переживания пространства и времени.

В основе тенденции к поиску возвышенного, божественного Self'a, наряду со стремлением к уходу от собственного «я», лежат разнообразные причины. Одной из них является страх перед конечностью жизни, при котором уход в Self воспринимается как бессмертие. Жизнь человека, наполненная проблемами, страданиями, болезнями и смертью может казаться ему непереносимой. Отсюда возникает стремление уйти в нирвану как в зону, свободную от конфликтов, полную мира и покоя.

С другой стороны, человек жизнелюбив. Он обожает жизнь, несмотря на все ее недостатки, горит желанием преобразовывать ее и ощущать в этом процессе свою силу. Необходимая для жизнеутверждающей деятельности энергия извлекается из Self'a. Примером служит продуктивное использование фантазий, связанных с ощущением силы, власти и величия. Энергия фантазирования дает возможность почувствовать себя носителем какой-то важной миссии. Человек может начать претворять эту миссию в жизнь и ощущать в связи с этим необходимость, избранность, просветленность и гордость. Окружающие при этом могут восприниматься как еще не осознавшие важности его действий.

Для более полного контакта с Self'ом и оживления бессознательного используются длительные медитации, специальные диеты, голодания, посты, путешествия и др. Активности дают ощущение важности и значительности происходящего.

Предпринимаемый поиск Self'a придает смысл жизни. Поскольку Self неисчерпаем, процесс его постижения бесконечен. Самоактуализирующийся человек воспринимает жизнь как постоянное участие в процессе, который его удовлетворяет и позволяет осознавать смысл жизни.

В жизни человека имеются разные периоды. В их число входят такие, когда он живет преимущественно под влиянием собственного ego. В этот отрезок времени связь с Self'ом ослабевает. В таком состоянии разрыва человек как бы «застывает», динамизм его жизни теряется. Достигнув поставленной перед собой цели, он может потерять интерес и желание к дальнейшему движению. И тогда спасает появление ощущения влекущей его к новым достижениям силы Self'a. Наступает новая фаза поиска способов удовлетворения потребностей и интересов, рождается новая ориентация, которая дает возможность дальнейшей самореализации.

В то же время чрезмерное погружение в бессознательные процессы чревато отрывом от реальности. И все же уход вглубь себя и самоанализ нельзя рассматривать как регресс, как бегство от суровых реалий жизни и реакцию на страх. Обращение к бессознательному дает человеку новый импульс к жизни.

Блокирование связи между ego и Self'ом клинически выражается в развитии состояния, характеризующегося ослаблением мотивации (на языке психоанализа исчезновением желаний) вплоть до развития синдромов апатии или эмоционально-волевого снижения.

Состояния апатии более присущи органическим поражениям головного мозга, эмоционально-волевое снижение – шизофреническому процессу.

В то же время нарушение связи с Self'ом возможно при длительном нахождении в обстановке гиперстимуляции на уровнях восприятия большого объема информации, ее «обработки» и принятия решений. Такая ситуация приводит к развитию гиперстимуляционного «невроза», проявляющегося выраженным психологическим дискомфортом, ощущением потери творческих способностей, желаний, раздражительностью, снижением способности к усвоению нового материала, чувством скуки, однообразия, отсутствия в окружающем мире чего-то нового, интересного, стимулирующего любознательность и поиск. Гиперстимуляционный «невроз» функционален, его обратное развитие обусловлено пониманием пациентом причины его возникновения и выходом из гиперстимуляционной зоны.

O'Kane (1994) обсуждает проблему двойственности Self'a, выделяя в нем значения, присущие «темному Self'y». Под последним понимаются «затемненные, зловещие и даже деструктивные» стороны. Эти стороны проявляются как на индивидуальном, так и коллективном уровнях, имея внеличностные архетипные качества. Отрицательный полюс Self'a не соответствует точно негативному полюсу ego, а более - негативному аспекту прежде всего коллективной тени, что проявляется в «отрицательных синхронностях, конкретных болезнях, блокировках, а также достаточно часто в глубокой депрессии и чувстве абсолютной беспомощности». При психоаналитической терапии пациент, попадая под влияние темного Self'a, погружается в мрачности и в процессе переноса-контрпереноса может вызвать у аналитика состояние отчаяния.

Winnicott (1962) был одним из выдающихся теоретиков психоанализа в области развития Self'a. Winnicott, а также Fairbairn (1952) и Kohut (1977) установили, что развитие психологического Self'a происходит посредством восприятия себя в психике другого человека, в его мышлении и эмоциях. Родители, которые оказываются не в состоянии отражать с пониманием внутренние переживания своих детей и соответственно реагировать, причиняют детям серьезный ущерб, лишая их осевой психологической структуры, необходимой для формирования жизнеспособного чувства Self'a.

Fonagy с соавт. (2002) дифференцируют *пять уровней организации Self'a:* физический, социальный, телеологический, интенциональный и репрезентационный. На каждом уровне ребенок приобретает прогрессивное понимание себя как «физической», «социальной», «телеологической», «интенциональной» и «репрезентационной» организации.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОАНАЛИЗА

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРОЦЕССА ПРОДУЦИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ

В лексикон англоязычных специалистов в области психологии и психоанализа вошел термин «патологизирование» (pathologizing) (Hillman,1976), который подразумевает процесс продуцирования психопатологии.

Jarosz (1978) считает, что такого рода процесс встречается у каждого человека даже при отсутствии психического заболевания в тех случаях, когда происходит встреча с ситуациями, предрасполагающими к его возникновению. Патологизирование может проявляться по-разному. Достаточно типично, например, появление смутного, неясного чувства угрозы, свободно плавающей тревоги, растерянности, изменения восприятия себя и окружающего мира. Характерны внезапные смены настроения, не обусловленные внешней ситуацией. На фоне базисной настороженности, тревоги становится смешно, развивается кратковременная эйфория, что тут же сменяется грустью или раздражением и злобностью. Варианты таких «мерцающих» эмоциональных состояний многочисленны, их объединяет отсутствие плавного перехода от одного содержания к другому, отсутствие «реактивности» (связи с тем, что происходит вокруг).

К патологизированию относится также интенсификация «day dreams»-снов наяву, феномена, свойственного в большей или меньшей степени каждому человеку. В случаях патологизирования сны наяву перестают контролироваться сознанием, нарушают связи с реальностью, приводя к деконцентрации внимания и неадекватному поведению. Содержания снов наяву разнообразны и при поверхностном рассмотрении случайны. Они включают воспоминания о каких-то переживаниях, событиях, людях, «мышление по желанию», фантазии и др.

Известно, что в экспериментальных и естественных условиях сенсорной депривации происходит усиление этих аутистических переживаний (Schaefer, Bernich,1965). Тотальная сенсорная депривация в течение 48-72 часов способна привести к переходу снов наяву в иллюзорные и галлюцинаторные расстройства (Bexton, Heron, Scott,1954). Усиление снов наяву в естественных условиях развивается при выполнении монотонных задач таких, как мониторинг радарных экранов, вождение машин на длинные дистанции и др. (Bexton, Heron, Scott,1954).

Возможность снижения концентрации внимания в связи с этим феноменом была учтена при строительстве 14-ти километрового моста в Атлантической Канаде: его «изломанная» конструкция требует от водителей постоянного внимания и не позволяет «уходить» во внутренний мир переживаний.

Влияние сенсорной депривации на психическое состояние описано адмиралом Byrd'ом (1938) в его книге об одиночной зимовке на Антарктиде.

Пониманию механизмов патологизирования помогает обращение к архетипам Jung'a. Психическое патологизирование представляет собой первичный врожденный процесс, который может быть активизирован внешними причинами, а также усиливаться по эндогенным механизмам. Состояния, возникающие при интенсификации патологизирования, отражают влияние на сферу сознания энергетики коллективного бессознательного и на этом этапе еще не имеют сколько-нибудь определенной фабулы, поэтому их аналитическая интерпретация невозможна. Однако, дальнейшее развитие процесса патологизирования приводит к формированию патологических убежденностей, идеи/идей, которые уже имеют определенные содержания. На этом этапе на фоне общей растерянности и дезориентации в процессе патологизирования включаются механизмы защиты сознания от его дезинтеграции, поглощения коллективным бессознательным:

сознание старается осознать происходящее, придать всему какой-то смысл. В энергетической зоне интенсивного влияния бессознательного сознание не в состоянии использовать механизмы рационального логического мышления.

Найденный «смысл» иррационален, алогичен, между ним и реальностью существует пропасть. Тем не менее, содержания иррациональных убеждений не случайны, они архетипны. Коллективное бессознательное заменяет реальность мифологическими содержаниями. Клинически процесс приводит к кристаллизации бредовых идей, в содержании которых представляется возможным обнаружить мифологические мотивы.

В процессе патологизирования происходит возврат к магическому «стилю» сознания. С точки зрения психоанализа, имеет место регресс к примитивному мышлению, к состояниям преобладания первичного процесса. В то же время в этой регрессии существует потенциал использования нереализованных прежде творческих возможностей («творческой зоны» Balint'a), при условии восстановления интеграции сознания.

Представляет интерес анализ суицидного поведения сквозь призму процесса патологизирования. Суицидные реализации могут быть связаны с депрессией. Однако ряд пациентов даже с тяжелыми депрессиями не только не совершают самоубийств, но даже не продуцируют идей, связанных с самоубийством. В то же время лица, не страдающие депрессией, неожиданно предпринимают попытки ухода из жизни. Объясняя причины подобного явления, специалисты, обычно, ограничиваются констатацией того, что самоубийства могут совершать и психически здоровые люди под влиянием внешнего психогенного фактора.

В связи с этим до сих пор остается неясным ответ на вопрос, почему экстернальные, травмирующие психику большинства людей факторы, провоцируют суицидное поведение не у всех, а лишь у некоторых из них? С этой целью проводится тщательное анамнестическое обследование пациентов с подробным генетическим семейным анализом. Выявление у члена семьи случаев суицида и перевод их объяснений в плоскость биологической (генетической) парадигмы действует на специалистов «успокаивающе».

Анализ случаев незавершенных самоубийств показывает, что суициденты, как правило, сами полностью не осознают, почему они их совершали. Они пытаются возлагать ответственность за свое суицидальное поведение на родителей или близких родственников. Более глубокий анализ причин в ряде случаев обнаруживает следование пациентов скрытому от них самих сценарию мифологического характера.

Механизмы продуцирования психопатологии могут рассматриваться с позиций интеракционной психоаналитической теории (Dorpat, Miller; Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1992). В этом подходе акцентуируется значение формирования *организующих и концептуальных схем,* ведущих к тому, что они становятся базисными элементами психопатологии. Организующие схемы – это схемы, в которых закодированы эпизоды жизненного опыта. Они ориентируют человека во времени и пространстве; организуют его психические переживания; регулируют эмоции, социальные взаимодействия, отражают способы коммуникации своих эмоциональных переживаний, сопереживаний (Mandler, 1984). Организационные схемы формируются в течение всей жизни, но, прежде всего, в раннем возрасте. Особенности ранних схем затрудняют восприятие раннего опыта, если последний им не соответствует по основным параметрам. Организационные схемы бессознательно организуют взаимодействие индивидуума с окружающим миром и придают этим взаимодействиям то или иное значение. Схемы активируются в социальных контактах и имеют значение в сохранении чувства Self, интерпретируя текущие взаимодействия в категориях прежнего опыта (Horowitz, 1988; Mandler, 1984). Таким образом, люди заранее настроены на то, что все должно происходить в соответствии с содержащимися в организационных схемах ожиданиями и, как на сознательном, так и на бессознательном уровнях влияют на людей, находящихся в интеракции с ними,

подталкивая их к тому, чтобы их мысли, чувства и поступки соответствовали ожиданиям (Miller, 1996).

Нарушения взаимодействий с родителями могут создавать дезадаптивные организующие схемы, на основе которых создаются условия для развития психопатологии.

Lichtenberg с соавт. (1992) считают, что патогенные организующие схемы вызывают нарушения в эмоциональном регулировании, разрушают чувство Self'a, что выражается в диссоциативных состояниях и фрагментации психики, развитии тревоги и депрессии, невозможности координировать свои субъективные переживания с другими.

Miller и Dorpat (1998) обращают внимание на то, что патогенные убеждения, лежащие в основе психопатологии, развиваются из плохо скоординированных, несовпадающих и травматических взаимодействий с другими, что особенно вероятно при незрелости психических процессов. Патогенные убеждения, согласно Weiss'у и Sampson'у (1986), – это болезненные и сжатые идеи о том, как все происходит или должно происходить. Патогенные убеждения нарушают психическое состояние, вызывая страх, тревогу, чувство опасности социальных контактов.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ТРЕВОГИ

Freud (1924) связывал возникновение тревоги с нарушением реализации принципа удовольствия в результате блокирования механизмов редукции биологического напряжения. Содержащиеся в id инстинкты (биологические драйвы) оперируют по механизму немедленного получения удовольствия, достигаемого в процессе снижения накопившегося напряжения.

Согласно классической психоаналитической теории тревоги, последняя возникает как результат застоя и недостаточной разгрузки либидо. Если разгрузка не происходит, возникает тревога. «Накопление» энергии либидо в психике может быть результатом каких-то внешних факторов, мешающих разрядке. Оно может быть обусловлено неосознаваемыми внутренними конфликтами. С точки зрения теории тревоги, экстернальность или интернальность причины не имеет значения. Важен факт наличия застоя. В одном и другом случае результатом является накопление неразгруженной энергии либидо, которое, с психоаналитической точки зрения, может превратиться в тревогу. К сожалению, ни у Freud'a, ни у других классических психоаналитиков нет объяснений сущности этого преобразования. Механизм превращения неразгруженной энергии либидо в тревогу не описан. Подчеркивается лишь то, что этот вид тревоги носит патологический характер и имеет совершенно иное происхождение, по сравнению с тревогой, связанной с реальной опасностью. При наличии реальной угрозы страх имеет конкретное содержание. Тревога, связанная с накоплением энергии либидо рассматривается как *патологическая манифестация энергии драйва.*

В монографии «Торможение, симптом и тревога» (1926) Freud пытался возвратиться к психоаналитической теории тревоги путем нахождения тесной взаимосвязи между этими состояниями. Он считал, что тревога является основной причиной невроза и необходимо искать другие способы объяснения причин её возникновения. Существенную роль в решении поставленной автором задачи сыграли написанные им монографии «По ту сторону принципа удовольствия» и «Ego и Id». В них выдвигается концепция дуалистической теории драйвов. В этой теории акцентуируется значение не только либидо, но и аутодеструктивного драйва.

Впоследствии Freud развивает гипотезу структурного деления психики на три сферы: superego, ego и id, что позволяет относиться к психическим феноменам более адекватно, в сравнении с рассмотрением их с точки зрения одного либидо.

Freud исходил из того, что тревога имеет биологически наследуемую природу, а человеческий организм наделен врожденной способностью к выживанию. В случае отсутствия родительской защиты, ребенок, не испытывающий тревоги и страха, окажется в состоянии безнадежности и будет подвергнут уничтожению. Таким образом, *психоаналитическая концепция тревоги сводится к наследственным факторам, которые обусловливают возникновение реакции, приобретенной в процессе обучения. В этой теории отсутствуют психологические механизмы развития тревоги.* Главное заключается в том, что акцент на превращении неразгруженного либидо в тревогу, сделанный в работах 1911 и 1924гг., в этой работе опускается и не звучит. Очевидно, это связано с тем, что наличие такого механизма было трудно доказать. Развитие тревоги связывалось Freud'ом с «травматическими ситуациями и ситуациями опасности». Травматическая ситуация определялась как ситуация, в которой психика поглощается чрезвычайно большим притоком раздражителей. Этот поток психика не в состоянии переработать, овладеть им, или разгрузить его. Тревога возникает автоматически, в связи с невозможностью усвоить слишком большое количество раздражителей. Аналог этого состояния наблюдается в ситуации гиперстимуляции, когда человек не может справиться с большим потоком информации и оказывается в состоянии растерянности.

Поскольку к функциям ego относится овладение и канализация раздражителей внешнего мира, с которыми человек не может справиться, вероятно, что эти травматические ситуации чаще всего возникают в первые месяцы и годы жизни, когда Я еще относительно слабо и неразвито. Freud полагал, что прототипом (началом) травматической ситуации у ребенка являются переживания во время рождения. Попадание в момент рождения в новую среду из «океанического чувства» (Sullivan) сопряжено с воздействием на ребенка большого количества новых внешних и внутренних (висцеральное чувство) раздражителей. Ребенок реагирует на это манифестацией тревоги.

Otto Rank (1924) высказывал предположение, что причиной всех невротических состояний является травма во время родов. Лечение неврозов включает в себя осознание травмы и её реконструкцию путем возвращения пациента в период родов.

Freud уделял особое внимание изучению травматических ситуаций, которые возникают в раннем детстве. Он исходил из того, что маленький ребенок полностью зависим от матери в отношении всех видов удовлетворения: телесных, драйвовых и других. Прежде всего, он стремится удовлетворить «телесные» потребности. Голодный и беспокойный ребенок успокаивается после приема пищи. Либидо он удовлетворяет в акте сосания. Ему приятно, когда его держат на руках, ласкают и целуют. Удовлетворение потребностей требует присутствия матери. Некоторые желания ребенка могут удовлетворяться только матерью, отсутствие которой создает травматическую ситуацию. Ego ребенка в этот период ещё недостаточно развито, чтобы «позволить» ему отложить удовлетворение желаний. Психикой ребенка пытаются овладеть множественные раздражители. Поскольку Я не способно в достаточной мере справиться с ними, возникает тревога. Так как тревога возникает у ребенка на ранних стадиях развития в случаях отсутствия матери, то в ее развитии основное значение имеет неудовлетворенное желание id. Страх, который при этом автоматически возникает, ранее обозначали термином «страх id». Freud считал, что способность психического аппарата развивать реакцию тревоги на слишком большой приток раздражителей остается у человека на протяжении всей жизни и не исчезает по окончанию детского периода.

Таким образом, травматическая ситуация этого типа может возникнуть в любом возрастном периоде, но впервые она появилась тогда, когда Я еще не было развито в достаточной степени. Частота ситуаций, в которых возникает тревога, в норме больше в детстве и меньше у взрослого человека. Более четкое формулирование этой проблемы позволяет выделить несколько основных положений:

1.Тревога возникает автоматически, когда психика оказывается под влиянием лавинообразных раздражителей, которые настолько сильны, или их количество так велико, что ими нельзя «овладеть» или разгрузить их.

2.Эти раздражители могут иметь как внешнее, так и внутреннее происхождение, но первоначально они происходят из id, из драйвов.

3.Прототипом травматической ситуации, вызывающей тревогу, является рождение.

4. В дальнейшем, особенно в младенческом и раннем детском периоде тревога развивается повторно, автоматически. В то же время возникновение такой тревоги возможно и в жизни взрослого человека при ряде психических расстройств непсихотического уровня.

Ребенок в процессе своего развития обучается заранее предвосхищать возможное появление травмирующей ситуации и реагировать на него тревогой до того, как ситуация станет травматической. В данном случае возникает тревога, которую Freud называл *сигнальной.* Сигнальная тревога вызывается ожиданием опасности. Смысл сигнальной тревоги как функции ego заключается в мобилизации силы ego для того, чтобы справиться с угрожающей ситуацией или эффективно избежать её.

Ребенок может обучаться, например, распознаванию признаков ухода матери. Возникает ситуация, при которой мать еще не ушла, но по известным ребенку признакам он понимает, что она вот- вот уйдет и начинает предпринимать действия, блокирующие уход.

Поведение ребенка может иметь разную эффективность. В процессе проб и ошибок он начинает дифференцировать, какие действия эффективны для предотвращения её ухода, а что делать бесполезно. Результативные поведенческие паттерны фиксируются и получают дальнейшее развитие в процессе созревания. Так, ребенок понимает, что если он будет плакать, это помешает уходу матери. В дальнейшем он обучается сообщать матери информацию, (например, о плохом самочувствии), вызывающую у нее обеспокоенность, что дает ему определенные дивиденды. Если он осознает, что его жалобы на физическое недомогание срабатывают, а на плохое настроение – нет, он в первую очередь будет использовать соматизированные жалобы, а не ссылаться на грусть и тоску, поскольку по опыту знает, что это вызовет недоумение и непонимание. Таким образом происходит «выработка» определённых, проверенных на практике принципов действия, направленных на получение выгоды и избегание опасных и нежелательных результатов.

Часто сигнальная тревога приводит к восприятию импульсов из id как опасных. Посредством включения механизма сигнальной тревоги ego удерживает и контролирует эти импульсы, поскольку знает, что это может приводить к развитию угрожающей ситуации разрыва с реальностью.

Классические психоаналитики предпринимали попытки к созданию реестра наиболее типичных ситуаций опасности, которые могут встречаться в жизни ребенка. Хронологически первой является отделение от матери как от значимого источника удовлетворения желаний ребенка. Отделение от матери описывается как «потеря любимого объекта».

Следующая типичная ситуация опасности для ребенка заключается в потере любви людей из его среды, тех, с кем также связано получение удовольствия. Ребенок боится потерять любовь и хорошее к себе отношение. В определенных условиях эти модели сохраняют значение в жизни взрослых людей.

Примером являются лица с комплексом зависимости. Они боятся потерять объект, от которого зависят. Несмотря на то, что этот объект может причинять им ряд серьезных неприятностей, они продолжают зависеть от него и переживают страх покидания.

Зависимые лица делают даже то, что унижает их, для того, чтобы быть нужными для тех, от кого зависят. Они боятся, что если они не будут проявлять уступчивость, то их покинут. Это трудно переносимая травма.

Сигнальная тревога по своей интенсивности слабее тревоги, которая непосредственно сопровождает травматическую ситуацию.

На начальном этапе своего развития ego представляет собой по сути дела часть id. С течением времени оно становится структурой, способной оказывать на id определенное влияние, а не просто быть его слугой. Ego препятствует импульсам id и справляется с ними, если они расцениваются как носители опасности. Тогда ego развивает ситуационную тревогу как сигнал опасности, используя её для того, чтобы успешно справиться с представляющими угрозу импульсами.

Klein была убеждена в том, что базисная ситуация тревоги, как для мальчика, так и для девочки, связана с ранним младенческим отношением к материнской груди. Это отношение первично влияет на формирование Эдипального конфликта. Фрустрация, связанная с отнятием груди, выражается в параноидной тревоге, желание сохранить и восстановить психологически в фантазиях атакованную грудь, сопровождается депрессивной тревогой. Базисная ситуация тревоги включает преследование и вину и получает развитие при наблюдении первичной сцены сексуальных отношений между родителями. Klein полагала, что страх кастрации у мальчика и страх потери любви у девочки являются вторичными дериватами примитивной тревоги в отношении атаки матери или обоих родителей на внутреннее пространство ребенка. Ранняя Эдипальная ситуация оказывается насыщенной тревогой и чувством вины, происходящими из формирующегося superego.

В последующем Klein ([1945] 1975) подчеркивала, что развитие депрессивной позиции и Эдипальный комплекс взаимосвязаны и что базисная тревога по своей природе носит не только характер преследования, но и чувств обеспокоенности и вины по отношению к родителям как хорошим объектам.

Положение о базисной тревоге и базисной враждебности получило дальнейшее развитие в интерперсональном анализе Horney. Автор выделяла эти две эмоции в качестве фундаментальных в детстве, связывая их с неадекватной родительской любовью.

Аннигиляционная тревога

Freud'у (1923г.) принадлежит высказывание о том, что аннигиляционная тревога является примитивной тревогой, которая не имеет психического содержания. Автор утверждал, что этот вид тревоги представляет собой нечто такое, чего ego боится как угрозы, исходящей из внешнего мира, это страх быть поглощенным чем-то и уничтоженным. С точки зрения автора, психоаналитически понять и разобраться в содержании этого страха или ужаса невозможно, именно поэтому термин страх в данном случае заменяется термином тревога, поскольку не имеет специфического содержания, а страх без содержания называется тревогой.

По мнению Gedo и Goldberg (1973г.), аннигиляционная тревога отражает опасность сверхстимуляции, такой стимуляции, которую человек не может выдержать. К сожалению, авторы не специфицируют, что именно они имеют в виду под этой стимуляцией.

Еще до Freud'a Jones в 1911г. описал страх потери личности, содержание которого заключалось в том, что личность как таковая может быть потеряна. Этот страх он назвал греческим словом aphonisis. Рассуждая по поводу этого страха, автор высказал предположение, что он развивается в то время, когда человек еще не достиг идентичности. В данном случае возможно использование немецкого термина, обозначающего древний страх Urangst. Jones считал, что появление этого страха связано с беззащитностью перед нарастающим напряжением.

A.Freud в 1936г. подчеркивала значение ego в происхождении страха дезинтеграции, считая этот фактор основным.

Fenichel в 1937г. отмечал, что причиной аннигиляционной тревоги является коллапс ego и чувство потери волевого контроля.

Анализируя аннигиляционную тревогу, Bak (1943) пришел к заключению, что она легко диагностируется на ранних стадиях развития шизофрении и отражает страх того, что определившееся и уже сформированное ego погружается в бессознательное. При этом теряются личностная идентичность, ощущение себя, чувство уникальности, отдельности и сепаратности личности. Автор анализировал это явление как свойственное шизофрении, между тем известно, что аннигиляционная тревога может возникать вне связи с психическим заболеванием, а не только во взаимосвязи с ним. Интересен описанный Bak механизм потери чувства Я, растворения себя.

Klein (1946) утверждала, что страх аннигиляции лежит в основе всех страхов и больше всего человек боится именно этого вида тревоги. Автор описала страх быть поглощенным неконтролируемым всемогущим объектом, который может иметь как внутреннюю, так и внешнюю проекции.

Современные специалисты диагностируют приступы аннигиляционной тревоги в раннем возрасте. Эти приступы возникают у подростков, а иногда и у детей. Пациенты не могут выразить и описать это состояние словами. Одним из способов поведения при аннигиляционной тревоге является самоповреждающее поведение, на которое необходимо обратить специальное внимание потому, что до сих пор в психиатрии самоповреждающее поведение трактуется, в основном, как носящее демонстративный характер, с целью обращения на себе внимания окружающих, как реакция протеста, стремление получить таким образом какие-либо дивиденды.

Самоповреждающее поведение может отражать тенденцию к самоубийству. Человек как бы пробует, как далеко он может зайти и сколько он может вынести, нанося себе повреждения. Это репетиция перед совершением более серьезных попыток. На этот факт обращается внимание при изучении лиц с пограничным личностным расстройством. Действия пациентов часто расцениваются как демонстрация. Тем не менее, в дальнейшем самоповреждения становятся опасными для жизни и, в конце концов, могут закончиться завершенным суицидом.

Концепция аннигиляционной тревоги позволяет подойти к изучению этого вопроса с другой точки зрения и квалифицировать самоповреждающее поведение не просто как попытку самоубийства и демонстрацию. Оказывается, что уже дети и подростки во время приступа аннигиляционной тревоги наносят себе повреждения, инстинктивно понимая, что, вызывая чувство физической боли, они устраняют или смягчают выраженность тревоги.

Действия пациентов носят не демонстративный характер, а даже скрываются от окружающих. Стремясь избавиться от приступа аннигиляционной тревоги, они наносят себе повреждения так, чтобы никто не видел, стесняются своих поступков и не хотят, чтобы их квалифицировали как психически больных. Использование концепции аннигиляционной тревоги для анализа пограничных и других состояний с характерным самоповреждающим поведением расширяет понимание психологического содержания переживания пациентов.

Winnicott (1962) обратил внимание на то, что аннигиляционная тревога может развиваться непосредственно после рождения ребенка как ответ на определенные средовые воздействия. При этом реакция тревоги возникает не как результат фрустрации, ее содержанием является возникающая угроза аннигиляции. С точки зрения автора, это примитивная тревога, которая является предшественницей любой другой тревоги, связанной со смертью.

Заслуга Winnicott'a состоит в том, что, несмотря на мнение многих исследователей об отсутствии у тревоги психического содержания, он предпринял попытку проанализировать его. При этом автор использовал такие описательные термины, как «распад на части», «падение в пропасть», прекращение связи с собственным телом, потеря ориентации. С точки зрения Winnicott'a, сам по себе изучаемый феномен возникает приступообразно, носит психотический характер и при условии «растягивания» его во времени и ослабления интенсивности может входить в структуру заболевания в качестве постоянного компонента.

Little (1981) также характеризует аннигиляционную тревогу как наиболее «примитивную тревогу», которая включает в себя потерю собственной идентичности, «смешивание себя с какой-то неопределяемой гомогенной массой или потерю себя навсегда в бездонной пропасти».

Frosch (1907) описал страх растворения и дезинтеграции Self'a с потерей чувства реальности. Автор олицетворяет его со страхом полного исчезновения, «психической смерти».

Другие исследователи обращают постоянное внимание на то, что аннигиляционная тревога вызывается различными средовыми факторами (Shengold, 1967 и др). Серьезные психические травмы особенно в детском возрасте создают у перенесшего их человека повышенный риск внезапного развития тревоги, если какой-то раздражитель напоминает об этой травме.

С учетом этой точки зрения, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), очевидно, должно быть дополнено ссылкой на возможность периодического возникновения у пациентов состояния аннигиляционной тревоги. Лицам, страдающим ПТСР, могут быть знакомы и предвестники развития этого расстройства. Поскольку состояние трудно переносимо, они стараются избавиться от него на стадии ощущения его приближения, прибегая для достижения поставленной цели к разнообразным действиям. Их активность часто носит брутальный характер и представляет опасность как для них самих, так и для окружающих. Преодолению тревоги способствуют самоповреждающее поведение, вызывающее физическую боль, или направленная во вне агрессия с эмоциями, которые могут «перекрыть», заблокировать развитие состояния. Это может быть причиной интенсивных алкоголизаций, характерных для лиц с ПТСР, их стремления к экстремальным ситуациям и другие поведенческие проявления, требующие специального анализа.

По мнению Kohut'a (1971, 1977), отсутствие спаянного, интегрированного Self'a предрасполагает к развитию аннигиляционной тревоги. Сравнение двух групп респондентов, одна из которых состояла из лиц со сформированной идентичностью, воспитанных в сравнительно благоприятных условиях, а другая включала в себя тех, кто не имел такой возможности и обнаруживал недостаточную идентичность, показало разную степень предрасположенности к развитию аннигиляционной тревоги. Психологические травмы лучше переносили лица с хорошо сформированной идентичностью.

ПТСР чаще возникает у тех, кто воспитывался в условиях психической травматизации. У них легче возникает аннигиляционная тревога, возникновение которой, очевидно, провоцируют воспоминания о пережитых травмах.

Kohut отмечал, что предвестником аннигиляционной тревоги является чувство приближения чего-то такого, что может разрушить Self. По мнению автора, это состояние в той или степени наблюдается при целом ряде нарушений, включая шизофрению и нарциссическое личностное расстройство. Kohut характеризует аннигиляционную тревогу как ужас потери Self'a, его фрагментации, отчуждения от тела и ощущение потери чувства продолжительности во времени (все кончается раз и навсегда).

В качестве другого уровня воздействия аннигиляционной тревоги могут рассматриваться психические изменения, возникшие в результате включения механизмов психологической защиты. Пациенты, переживающие аннигиляционную тревогу, используют психологические защиты, которые в своих содержаниях также являются патологичными. Weiss (1964) относит к таким формам защиты агорафобию, которая является той ценой, которую пациент платит за «сепарацию» от аннигиляционной тревоги.

Поскольку аннигиляционная тревога связана со слабостью ego, с возможностью ее провокации оказывается связанным страх «смешивания» с другим человеком и потери и так слабой идентичности, утратой чувства собственного Self'а. Для защиты от страха смешивания возможно использование таких форм реакций, как негативизм, страх загрязнения, уход в себя с социальной изоляцией, постоянная обсессивная озабоченность, компульсивное стремление к порядку (Blatt, Wild, 1976). Авторы считают, что многие параноидные механизмы направлены не только на защиту пациента от осознания его/ее агрессивных импульсов, но и от установления близких контактов, которые несут в себе потенциальную угрозу смешивания в связи со слабыми границами ego.

Приводятся следующие типичные высказывания пациентов, отражающие их страх смешивания: «Когда я вступаю в отношения, я чувствую, что у меня нет прав, нет прерогатив. Другой человек принимает решения, а я не могу. Другие могут делать то, что они хотят, а я не могу». «Я чувствую себя как бы не в состоянии сохранить свое отдельное существование. Я не в состоянии быть личностью, находясь в отношениях с кем-либо. Это вызывает у меня панику».

Такие пациенты в их детском периоде жизни переживали приступы всепоглощающего ужаса.

Wilson и Malatesta (1989) рассматривают повторяющиеся компульсивные действия как состояния, являющиеся «близкими производными» аннигиляционной тревоги. В их основе лежит защитный механизм попытки таким образом справиться с аннигиляционным ужасом. Например, пациент случайно повреждает свою руку. В дальнейшем он ушибает руку уже намеренно, пытаясь на этот раз не повредить ее. Повторяя такие действия, пациент по механизму магического мышления стремится аннулировать повреждение. Анализ обнаруживает, что ассоциации при повторяющихся компульсивных действиях связаны с целью освободиться от глубинно-бессознательных чувств деструкции, в том числе от чувства постоянной угрозы аннигиляции, опосредованной деструктивным родительским эмоциональным влиянием в раннем детском возрасте.

В заключение следует отметить, что возвращение пациентов, страдающих примитивными страхами, в процессе психоаналитической терапии к переживаниям раннего периода способно актуализировать ужас «расчленения», пыток, безумия или смерти», «потери навсегда во времени и пространстве» (Hedges,2000). «Ужасающий перенос» этих переживаний, по мнению Hedges, вызывает сильные контрпереносные реакции у аналитика.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗАВИСТИ

Bettelheim (1962) во время работы в школе для проблемных детей и подростков (Sonia Shankman Orthogenic School) столкнулся с феноменом особых ритуалов. Исследуя эти ритуалы, автор пришел к выводу, что они представляют собой формы адаптивного поведения, которые удовлетворяют глубокие инстинктивные желания ребенка пережить сексуальность, эротизм и другие состояния, характерные для лиц противоположного пола. Мальчики, сами, без чьей-либо подсказки спонтанно создавали определенные ритуалы.

Иногда появление ритуалов провоцировали девочки. Ритуалы включали в себя манипуляции с половым членом с нанесением повреждений.

Классический психоанализ придает большое значение зависти девочек к половому члену. Чувство зависти легло в основу широкого обсуждения вопросов, затрагивающих проблему женского эротизма.

Bettelheim (1962) установил, что, как мальчики, так и девочки, демонстрировали поведение, которое свидетельствовало о зависти к половым органам и сексуальности лиц противоположного пола. Эта зависть стремилась найти свое выражение в пубертатном периоде. Так родилась идея параллелизма двух вариантов зависти. С одной стороны, зависть девочек к половым органам мальчиков, а, с другой, - зависть мальчиков к матке (Horney). Под этим термином подразумевалась не просто зависть к специфическому органу, а отношение к его функциям, свойствам, способностям и т д. Высказанная Bettelheim идея не получила дальнейшего развития.

Автор наблюдал различные ритуалы в школе и пытался связать их с тем, что происходит в примитивных обществах. Он исходил из убеждения, что поведение членов примитивных обществ отражает потребность в выживании, которая свойственна всему человечеству. В большинстве обществ эти переживания подавляются, скрываются, репрессируются и отрицаются, а в других трансформируются в ритуалы и традиции.

В этой связи Bettelheim говорил о *символических ранах,* которые ритуально наносятся человеку мужского пола. Freud в своих исследованиях упоминал о нарциcстических ранах. Физические раны, по Bettelheim, наносятся непосредственно для того, чтобы справиться с завистью и найти какой-нибудь выход из этой ситуации.

Freud интерпретировал желание женщины родить ребенка как компенсаторное желание иметь мужской половой орган. В исследованиях Freud'а желание деторождения у мальчика или мужчины описывалось как выражение аутоэротических или гомосексуальных стремлений. Freud был убежден, что в случае человека-волка имеет место гомосексуальное либидо. Желание человека-волка быть рожденным своим отцом, стремление родить ребенка ценой своей маскулинности – это выражение анального эротизма и гомосексуальных желаний. Элемент зависти к женским функциям здесь отсутствует.

По мнению Bettelheim, стремление мальчиков из чикагской школы быть женщиной или обладать какими-то женскими функциями проявлялось в виде придуманных ими ритуалов. Автор квалифицировал ритуалы не как скрытое выражение гомосексуальных желаний, а понимал поведение мальчиков как оппозиционное отношение к свойственной девочкам зависти к половому органу. Он связывал этот феномен с известными случаями, отмеченными в США и с обрядом инициации, характерным для Юго- Восточной Азии. Речь идет о мальчиках, которые наносили себе различные повреждения, сопровождающиеся кровотечением, и идентифицировали последнее с менструальной кровью. Таким образом они как бы присоединялись к функции женского пола.

Bettelheim в одном из разговоров с учениками обнаружил, что два мальчика считали это обманом в связи с тем, что они не обладают этой функцией, поскольку у них отсутствует влагалище.

Некоторые дети также соглашались с этой точкой зрения и испытывали те же самые переживания. Многие из них хотели иметь два вида половых органов: мужской и женский. Они были разочарованы и завидовали девочкам, т.к. чувствовали, что половые органы девочек более совершенны. В связи с этим у них возникало другое агрессивное желание, которое формулировалось как желание вырвать или вырезать половые органы девочек и женщин. Часть мальчиков настаивала на том, что в теле девочек имеется не два, а только одно отверстие.

Bettelheim обратил внимание, что зависть проявлялась как враждебность к женским половым органам. Ряд подростков не говорили, что хотят иметь женские

половые органы, но отмечали возникновение фантастических желаний, касающихся нанесения повреждений в области влагалища и грудных желез.

У детей, которые проявляли особо нарушенное поведение, подобные желания совпадали с другими элементами антисоциальности. Чем больше эти желания были представлены, тем в большей степени дети вели себя антисоциально. У некоторых из них это превращалось в настойчивое и нескрываемое агрессивное поведение.

В то же время, Bettelheim наблюдал у мальчиков акцентуированное желание обладать способностью к вынашиванию ребенка и чувство, что их обманули потому, что они не могут этого сделать. Зависть распространялась на грудные железы и лактацию. Вопрос о том, что является самой сильной вещью в мире, сопровождался ответом «лифчик, так как он поддерживает две громадных горы и молочную фабрику». Девочки никогда не проявляли интереса к этой теме, а мальчики до подросткового периода восторженно говорили о ней.

Особый интерес исследователя вызвал скандальный ритуал, в котором участвовали четверо детей (две девочки и два мальчика). Когда у девочек появились месячные, было принято решение, что, мальчики нанесут себе порезы в области указательных пальцев и смешают свою кровь с менструальной кровью. Bettelheim отмечал, что у одной из девочек возникла идея, согласно которой кровь мальчика должна быть не из указательного пальца, а из поврежденного полового органа. Эта идея не нашла сторонников и не реализовалась.

Известный антрополог M. Mead (1949) описывала ритуал аборигенов Новой Гвинеи, включающий символическую смерть мальчика, который должен умереть и пережить «Второе Рождение», инициированное не матерью, а мужчиной. Ритуал связан с поверьем, что мальчик становится мужчиной только тогда, когда он переживает Второе Рождение мужчиной, который символически берет на себя женскую функцию деторождения. Во время ритуала мужчины забирают детей мужского пола у женщины и «превращают» их в мужчин. Женщины считают, что только мужчины могут сотворить мужчин.

С точки зрения Bettelheim, часто практикующееся обрезание является символическим выражением второго рождения мужчин, приобретения им какой-то другой формы, подтверждением мужественности, выражением преодоления мальчиком амбивалентности в отношении своей сексуальности. В Новой Гвинее делается более жестокое обрезание путем придания половому органу формы, напоминающей в какой-то степени влагалище. Название раны, которая при этом наносится, на местном диалекте эквивалентно влагалищу. Появляющаяся при этом кровь считается менструальной.

Наблюдая за подростками в школе, Bettelheim пришел к следующим заключениям:

1. Ритуалы инициации, включая различные способы обрезания, следует рассматривать в контексте ритуалов фертильности.

2. Ритуалы инициации для мальчиков и девочек надо анализировать с символической точки зрения для того, чтобы полностью соответствовать социально предписанной сексуальной роли.

3. Посредством различных повреждений и обрезания мужчины стремятся приобрести женские половые органы и сексуальные функции, присущие женщинам.

4. Обрезание может быть попыткой доказать сексуальную зрелость или повреждением, на котором настаивают женщины.

5.Секретность и таинственность ритуалов, которые всегда держатся в тайне от женщин, являются сокрытием того факта, что желаемая цель не достигнута.

6.Процедура женского обрезания может быть частично результатом мужской эквивалентности в отношении женской сексуальной функции, а частично реакцией на мужское обрезание.

Вышеприведенные постулаты свидетельствуют о том, что Bettelheim понимал ритуалы и обрезание как выражение желания мужчины обладать женскими органами и

функциями. Автор назвал это завистью к женщине и попыткой преодолеть стремление к доминированию.

Положение о мужской зависти проходит красной линией в работах M. Mead. Она считает, что если не анализировать эту идею, не возможно понять причины многих нарушений, возникающих у мужчин во взрослом периоде жизни.

Bettelheim придавал большое значение осторожности в анализе и стремлении понять, что выражает внешнее действие. В 1990 г. автор опубликовал работу «Как я учился психоанализу». В ней он описывает встречу с психотическим ребенком, которого в течение двух лет лечила его жена. На протяжении всего курса лечения мальчик вел себя неадекватно. Его излюбленным способом поведения являлся следующий. Он отрезал ножницами, которые всегда носил с собой, колючки от кактусов, засовывал их в рот и жевал. Часто это сопровождалось появлением крови и боли. Мальчик игнорировал эту боль. Наблюдая за этим поведением на продолжении двух лет, Bettelheim отметил, что его это раздражает. Однажды, повинуясь внутреннему импульсу, он не сдержался и спросил: «Слушай, сколько я тебя вижу, ты всегда жуешь этот кактус. Зачем ты вообще сюда приходишь?». Доселе молчаливый мальчик напрягся, внимательно посмотрел на него и сказал: «Что значат эти два года по сравнению с вечностью?». Bettelheim'а поразил его ответ и он понял, что за этими действиями скрывается какой-то смысл. Поведение мальчика не является нелепым, за ним скрывается определенное внутреннее содержание. У него возникла мысль, что его раздражение по отношению к маленькому пациенту отражало не просто то, что происходило с мальчиком, а то, что он сам, проходя длительную психотерапию, до сих пор не мог решить свои проблемы. В следующий момент Bettelheim понял, что смысл кровотечения ассоциируется мальчиком со стремлением продемонстрировать свою полноценность и способность переживать ряд состояний, которые свойственны лицам другого пола. Он стремился показать, что может контролировать боль во время кровотечения и прекрасно справляться с этим состоянием, не нуждаясь в посторонней помощи. Самоповреждение служило проявлением особого мастерства над собой, реализации возможностей, которые выходят за пределы свойственных своему полу функций.

Bettelheim придавал большое значение преэдипальному периоду в развитии детей. В частности, *идентификации с преэдипальной матерью*. Эта идентификация в ряде случаев может быть очень сильной. Она имеет особое значение в тот период, когда ребенок становится свидетелем полового созревания других детей, особенно превращения девочки в женщину с её прокреативными силами. Воспоминания о преэдипальной матери имеют большое значение. Эта ранняя идентификация может быть по-разному выражена в зависимости от того, что происходит в семье, насколько близки отношения между всеми её членами. Наблюдение за взрослением девочки и возникающая идентификация приводят к определенной неуверенности и колебаниям в отношении к самому себе. «Что произойдет с моим телом? Во что я буду превращаться: в мужское или женское тело? С кем идентифицировать себя: с матерью или с доминирующим в обществе мужчиной?». Такие вопросы задает себе каждый ребенок. Социальные институции способствуют развитию определенных желаний, которые могут быть противоположны идентификации с преэдипальной матерю. Желание стать мужчиной может противоречить этой идентификации и вызывать появление самых разнообразные чувств, в том числе, и зависти. Мальчик должен уйти от этой идентификации без чувства психической травмы. При наличии такой травмы развитие может пойти по искаженному пути. В результате во взрослой жизни возможно возникновение таких явлений, как страх и отрицательное отношение к противоположному полу, стремление к доминированию, унижению и т д.

Bettelheim пытался найти примеры, отражающие зависть к матке, в современной западной культуре. Он исходил из того, что, если примитивные общества справляются с завистью посредством определенных ритуалов, то в современных обществах должны быть какие-то аналоги избавления от этого чувства. Одним из обнаруженных автором примеров

является ритуал, во время которого в некоторых особенно деревенских местностях муж после рождения ребенка сразу же ложится в постель и в символической форме переживает деторождение. Жена в это время отдыхает. Bettelheim отмечал, что в ряде случев ритуал соблюдается даже при конфликтных отношениях между мужем и женой.

Исследования Ross'a (1974, 1975) показали, у что трех-четырехлетних мальчиков отмечалось желание родить и одновременное недоверие и разочарование когда они узнавали, что их тела отличаются от тела матери и для этого не приспособлены.

Ross описывает имитативное поведение трехлетних мальчиков, которые помещали куклу или подушку под рубашку и симулировали беременность, освобождаясь от «бремени», имитируя роды. В этом поведении еще нет зависти. Она повляется тогда, когда ребенок начинает понимать, что этого в реальности быть не может. Тогда желание превращается в зависть. Ребенок переживает неспособность к родам как психологическую травму, которая наносится его нарциссизму. Желание и любопытство могут трансформироваться в зависть с последующей агрессией.

Kittay (1998) обращала внимание на большой интерес к функции деторождения, который наблюдается у детей. Однако проявленное ими любопытство еще не является завистью. Зависть появляется тогда, когда нельзя достичь того, чего очень хочется, когда нельзя удовлетворить желание обладать тем, что невозможно заполучить. Это вызывает злость и чувство тревоги и может сопровождаться стремлением причинить вред человеку, которому завидуют. Отсюда проявление агрессивности и ощущение собственной неполноценности. Чувство ненависти может сопровождаться желанием что-то разрушить, испортить, проявить деструктивную агрессию. Современное общество подавляет эти деструктивные интенции. Чем ближе общество к традиционной культуре, тем они более выражены. Чем большего уровня развития достигает общество, тем в более подавленном состоянии находятся вышеперечисленные желания, тем труднее «вытащить их на свет» и проанализировать. Особенно в обществе, характеризующемся наличием сексизма (дискриминации по половому признаку).

Klein считала, что каждый ребенок испытвает чуство зависти к материнской груди. С точки зрения автора, зависть к груди является центральной по отношению к более поздним формам зависти.

Способами *защиты против зависти* могут выступать:

1*Стремление к идеализации* желаемого объекта. Желаемый объект настолько идеализируется, что находится вне достижения. Например, мать идеализируется как Природа со всеми присущими ей свойствами.

2.*Девальвация объекта*. Зависть может трансформироваться в девальвацию женской прокреативности. Девальвация может отражать принижение роли женщины – матери и всех функций, связанных с рождением и воспитанием детей, оскорбительное название беременных женщин, отнесение деторождения к чисто биологическим функция. Одновременно с этим возвышается роль мужчины. Процесс деторождения расщепляется на две части. Одна – духовная оценивается очень высоко. Другая - соматическая девальвируется. Роль мужа, ответственного за спиритуальную часть, оценивается высоко, а женское предназначение –отвечать за телесный компоненет, девальвируется.

3. *Девальвация Self'a* заключается в девальвации себя. Человек считает себя недостойным и несоответствующим каким-то нормам. Девальвация может приводить к развитию депрессивных и суицидальных тенденций, к выраженной агрессивности и враждебности, которые выступают как декомпенсация чувства неполноценности, для того, чтобы скрыть это чувство от себя. У мужчин появляется страх того, что рожденный ребенок заменит его и стянет на себя все внимание матери. Это обусловлено, в частности тем, что мужчина не принимает значительного участия в воспитании детей, особенно в ранние периоды их жизни. Возможна попытка присвоить себе женские силы (инициация). Эту попытку автор называет *инкорпорацией* – символическим повторением мужчиной

процедуры рождения ребенка при полном исключении женщины с приданием этому ритуалу большой значимости.

ВЫБОР ОБЪЕКТА

Freud'ом выделялись два типа выбора объекта, на основе которых происходит нормальное или патологическое развитие:

1). анаклитический (нуждающийся в поддержке раннего родительского типа);

2). нарциссический, в содержании которого возможны следующие варианты:

а) человек может любить себя таким, каким он является в настоящий момент;

в) он может любить себя в своем прошлом имидже;

с) он может любить себя таким, каким ему хотелось бы быть;

d) он может любить в другом какую-то воображаемую часть себя.

Анаклитический выбор непосредственно связан со следующими характеристиками объекта:

а) осуществляющая заботу, поддержку и протекцию женщина;в) защищающий мужчина;

с) обладающие теми же свойствами преемники прежних объектов.

Freud (1915) рассматривал нарциссизм как необходимую промежуточную стадию при переходе от ауто-эротизма к алло-эротизму, то есть к объектной любви. Это состояние на «пол-пути» в норме необходимо. Однако, во многих случаях происходит застревание на нем в течение слишком долгого времени и в результате нарциссические характеристики переносятся на более поздние периоды развития.

Freud считал, что нарциссизм связан с «добавлением» к ауто-эротизму «нового психологического действия». Нарциссический либидинозный катексис является состоянием, реализуемым в раннем детстве, и в своих основных чертах сохраняется в дальнейших возрастных периодах (SE, VII, 218).

Таким образом, по Freud'y, наиболее ранней примитивной формой отношений индивидуума с окружающей его средой является ауто-эротизм, за которым следует нарциссическая стадия, на основе которой развиваются объектные отношения. Это развитие формирует выбор объекта по нарциссическому типу.

M.Balint (1959) развивает теорию выбора объекта, параллельно критикуя положение Freud'a о «первичном нарциссизме». Автор пишет: «В течение всех 50-ти лет со введения психоаналитической концепции нарциссизма, не были описаны никакие новые клинические наблюдения для доказательства существования или неприемлемости первичного нарциссизма».

В качестве альтернативы Balint предложил теорию «первичного отношения к среде или теорию «первичной любви».

Balint исходит из положения о том, что плод находится в состоянии гармонии со средой в организме матери, но эта гармония строится на постоянном взаимодействии, экстремальной зависимости от среды. Зависимость в это время еще более выражена, чем в периоде после родов. Для благополучия плода чрезвычайно важно, чтобы среда соответствовала его нуждам. Серьезные несоответствия между нуждами и их обеспечением могут представлять опасность сохранению самой жизни.

Биологическая ситуация становится основой катексирования среды плодом. Своеобразие процесса заключается в том, что в этом периоде среда, окружающая плод, для него недифференцирована, в ней нет еще объектов как таковых; отсутствует структура; не установлены жесткие границы между плодом – среда и плод проникают взаимно друг в друга и находятся в состоянии «гармонического смешивания» (плод, амниотическая жидкость, плацента). Концепции первичного нарциссизма противоречит

то, что ребенок рождается уже в состоянии интенсивных отношений со своей средой как биологически, так и либидинозно.

Роды нарушают равновесие, так как среда резко изменяется, заставляя младенца находить новые способы адаптации. Нарастает отделение младенца от среды. Из «первичной средовой субстанции» начинают проявляться различные объекты, принимающие все более четкие контуры. Младенец постепенно распознает эти объекты, включая самого себя. Либидо не находится уже в состоянии непрерывного гомогенного течения от id к среде и обратно, оно начинает фиксироваться на возникающих объектах.

В тех многочисленных новых ситуациях, когда встречи с объектами оказываются для младенца болезненными (в контрасте с гипотетической гармонией пре-натального периода), либидо может снова возвратиться в ego.

Balint считает, что такой возврат способен ускорить развитие, используя при этом попытку восстановить прежнее чувство «Единства», присущее первым стадиям после рождения. Balint выделяет *несколько форм либидинозных катексисов, наблюдаемых в раннем младенческом периоде:*

а) остатки первоначальных средовых катексисов, перенесенные на возникающие объекты;

в) другие остатки первоначальных средовых катексисов, возвратившиеся в ego в качестве вторичных «успокоителей» фрустрации (например, нарциcстические и ауто-эротические катексисы);

с) ре-катексисы, излучаемые из вторичного ego-нарциссизма;

d) развитие окнофилических и филобактических структур.

В окнофилических структурах первичные катексисы, хотя и смешанные с тревогой, прилипают к возникающим объектам. В результате объекты чувствуются, воспринимаются как безопасные и комфортные. В то же время пространство между объектами чувствуется угрожающим и ужасным.

В филобактическом мире безобъектные пространства сохраняют первоначальные катексисы и переживаются как безопасные, комфортные и дружеские. В то время как сами объекты чувствуются угрожающими, опасными, предательскими.

Окнофилическая реакция на возникающие объекты проявляется примыканием к ним, эти объекты непроецируются. Без них возникает чувство неуверенности и потерянности. Таким образом создаются условия для гиперкатектирования объектных отношений.

В филобактическом варианте имеет место гиперкатектирование своих собственных ego функций; создаются предпосылки для самостоятельного развития различных навыков, независимых от объектов.

Balint полагает, что на основе окнофилии и филобактизма формируется, с одной стороны, Эдипальный комплекс, с другой – «зона творчества». Зона творчества начинает развиваться с регрессивного отхода от объектов, воспринимаемых как фрустрирующие, к гармоническому смешиванию ранних состояний. Возврат к ранним состояниям дает шанс создать новую, лучшую реальность, чем та, которая связана с фрустрирующими объектами. К сожалению, этот шанс очень часто не используется, более того, регресс оказывается стойким и деформирующим психику.

Анализируя динамику объектных выборов, Balint обращает внимание на то, что некоторые из реальных объектов, в противоположность фрустрирующим и\или индифферентным, становятся источником удовлетворения. Часть среды сохраняет часто некоторые из первоначальных «первичных катексисов». Они становятся «первичными объектами». Отношения с первичными объектами и\или с их дериватами во взрослых периодах жизни будут всегда отличаться от отношений с другими объектами.

Кем или чем являются первичные объекты? Это, прежде всего, мать, отец, а также архетипные Великая Мать (по Jung'у); архаические символы матери: земля, вода, воздух и, иногда, огонь.

При окнофилии объект воспринимается в виде витальной экзистенциально важной поддержки. Угроза отделения от объекта вызывает тревогу, в качестве защиты человек стремится к прилипающим симбиотическим или зависимым отношениям. В то же время возможна ситуация, когда объект воспринимается в качестве «первичной субстанции» внутриутробного периода, оказывается настолько насыщенным свойственными последнему катексисами, что автоматически лишается прав на самостоятельное существование. У него не может быть желаний, стремлений, отличающихся от таковых у индивидуума. Объект должен просто «быть здесь», присутствовать, жить жизнью индивидуума.

В этой системе отношений только один из партнеров может иметь интересы, желания, другой партнер-объект лишается всего этого.

В случае возникновения какого-нибудь столкновения, потери гармонии в отношениях между субъектом и объектом, у первого из них возникают признаки агрессивности и дезинтеграции: «как будто весь мир, включая себя, разрушился; как будто субъект оказался поглощенным…агрессивно-деструктивными импульсами».

Психическое состояние такого субъекта, по словам Balint'a, выражается следующим образом: «Я должен быть любим и опекаем во всем каждым…значимым для меня без того, чтобы кто-нибудь потребовал от меня какого-то усилия или ожидал, что я рассчитаюсь за это. Исключительно мои собственные желания, интересы и нужды имеют значение, никто из значимых для меня людей не может иметь каких-либо интересов, желаний и нужд, отличающихся от моих, и, если они имеют какие-нибудь, они должны подчинять их моим без какой-либо платы; в действительности для них должно быть удовольствием и радостью совпадать с моими желаниями. Если это случится, я буду хорошим, довольным и счастливым, и это все. Если же так не случится, это будет ужасно как для мира, так и для меня».

Окнофилия, по Balint'у, приводит к следующим последствиям:

1.переоценка объекта;

2.относительное подавление развития личностных навыков, которые могли бы сделать индивидуума независимым от его объектов.

Филобактизм, как второй тип примитивных отношений с объектами, предполагает, что объекты рассматриваются как индифферентные или даже как потенциально опасные, которых следует избегать. Однако способность к избеганию требует личностных навыков умения сохранить в себе или восстанавливать свободу действий в безобъектном пространстве, например, уметь отстраниться от неприятных межличностных контактов, уходя в себя и сохраняя единство с теми объектами, которые относятся к классу потенциально первичных: горы, море, лес, вся природа.

Окнофилия во взрослом периоде может оказывать сильное влияние на особенности межличностных отношений, в частности, определять выбор брачного партнера, который в этом случае носит «невротический» характер. Выбранный партнер в реальности не соответствует придуманному имиджу, что вскоре приводит к конфликту интересов.

Один из *механизмов конфликтов связан с тем, что в бессознательном остаются интернализованные Self-объектные отношения с первичными объектами любви, имевшими место в раннем возрасте.* Эта сохраняющаяся бессознательная связь может иметь значение в выборе партнёра, определять характер брачных связей и конфликты, возникающие внутри этих связей. В данной ситуации можно говорить о действии такого защитного механизма, как *проекционная идентификация,* связанная с желанием человека вместе с выбором партнёра реактивировать, возродить ощущения, связанные с ранним опытом переживаний в отношениях с первичным объектом любви и проецировать на партнёра эти переживания. То есть, происходит проекция части Self–объектных отношений на другую личность.

Подобная динамика прослеживается на примере инцестных отношений в детстве. Лица, являющиеся жертвами таких отношений, выбирают в ряде случаев себе

партнёра, проецируя на него часть Self-объектных отношений, связанных с первичным переживанием инцеста. Они бессознательно идентифицируют свой объект выбора с первичным образом сексуального агрессора, что накладывает определённый отпечаток на зарождающиеся отношения, способствуя развитию, различных конфликтов и фригидности. Такие люди часто становятся жертвами сексуальных агрессий. Внешне это выглядит как случайность, хотя, на самом деле, на бессознательном уровне прослеживается наличие амбивалентного отношения к сексуальной агрессии, что способствует созданию потенциально опасных ситуаций.

В брачных взаимодействиях можно обнаружить содержание проецированного материала, представляющего высококонфликтные элементы отношений между супругами с их первичными объектами с отражением явлений, имевших место в ранних периодах жизни.

Брачные отношения могут провоцировать и «экстернализировать» аспекты старых, иногда очень ранних конфликтогенных отношений. В то же время искажённым образом они обновляют бессознательные потребности, стремления к потерянным инфантильным привязанностям, объектам, по отношению к которым возникает различная степень ностальгических эмоций.

Поэтому внутри брачных диад развивается бессознательная игра взаимных проекций, которая может в результате роста напряжения перерасти в сознательное столкновение, результатом которого становится декомпенсация брачных отношений.

Несмотря на то, что причины брачных конфликтов различны, самыми значимыми из них являются те, которые имеют глубинную психологическую обусловленность, находящуюся в прямой зависимости не столько от текущей ситуации, сколько от индивидуального развития каждой личности, механизмов защиты, бессознательных ожиданий от партнёра, которые могут не удовлетворяться. Эти причины порождают существование большого количества несчастных людей с высокой степенью тревожности, с выраженным чувством вины. Такие люди вместо того, чтобы получать от жизни удовольствие, чувство комфорта, счастья, входят в ситуацию драматического столкновения, приводящего к разводу.

Анализ происходящего на уровне сознания недостаточен, кажущаяся «понятность» причин конфликта не отражает его настоящего содержания. Остается нераспознанной бессознательная часть, приводя, например, в дальнейшем к повторению ситуации в случае выбора следующего партнёра.

Значение бессознательных механизмов в ряде случаев не учитывается даже специалистами, участвующими в решении семейных конфликтов, в случае отсутствия у них специальной компетентности в решении такого рода проблем.

Между тем, распознавание внутренней бессознательной динамики проецированных частей ранних Self-объектных отношений во многом помогает в разрешении межличностных столкновений, способствуя переходу конфликтующих сторон на новое качество коммуникаций и установлению новых социальных связей.

Многие супружеские пары иллюстрируют роковое расхождение между реализуемым и бессознательно желаемым, что становится основной причиной брачных несоответствий.

Бессознательные ожидания и потребности, предъявляемые к партнёру, могут носить разнообразный характер. Один из частных вариантов – наличие бессознательного желания «получить» в браке нового родителя. Молодая женщина, рано потерявшая отца, после нескольких неудачных связей вступает в брак с более старшим по возрасту мужчиной, проявляя бессознательную потребность приобрести в нём эквивалент своего отца. Её желание не удовлетворяется, так как этот мужчина имеет аналогичное стремление видеть в жене свою мать. Результатом брака является разочарование и неудовлетворённость друг другом, так как женщина не получает ожидаемой от мужа защиты, а муж–ожидаемого от жены материнского внимания.

Иногда выбор брачного партнёра осуществляется с целью удовлетворить инфантильные стремления, вызывающие чувства стыда и страха, что может иметь, в частности, инцестуозное содержание.

Например, дважды разведённый молодой человек, проявляющий высокий уровень тревожности и депрессию, подтверждённые объективным обследованием, сообщает, что причина двух неудачных попыток сохранить брак заключалась в том, что он воспринимал себя в браке в качестве жертвы. После фазы начальной влюблённости у него появлялась импотенция, становящаяся причиной разводов.

В то же время, наряду с импотенцией, появляющейся при общении с женой, параллельное вступление в сексуальные связи с другими партнёршами половых нарушений не вызывало.

В ходе анализа выяснилось, что у мужчины существует бессознательное стремление видеть в жене мать, воспоминания о которой связаны с запретными инцестуозными желаниями. Результатом возникшей амбивалентности между желанием обладать матерью и запретом, вызывающим чувство стыда и страха, являлось сексуальное нарушение, проявлявшееся только при общении с женой.

При анализе семейных отношений целесообразно получение информации от обеих сторон, что позволяет увидеть ситуацию в другом ракурсе.

Первичные отношения, фиксация на первичных объектах, особенно в патологических случаях, позволяет определить линию психологического развития личности. Существующие *отклонения в развитии личности в силу своей выраженности могут приводить к постоянному совершению ошибок, связанных с невозможностью «найти себя». Эти явления могут быть представлены в следующих вариантах*:

1.аддиктивные отношения; созависимость;

2.варианты с наличием скрытых причин, при которых скрывается нечто очень важное, имеющее большое значение и долго присутствующее в жизни.

К сожалению, специалистами обращается мало внимания на варианты, характеризующиеся *наличием инцестных отношений между братом и сестрой*. В этих отношениях, иногда продолжающихся годы, чаще всего в качестве агрессивной стороны выступает брат.

Следствием таких отношений является появление различных форм невротического реагирования и разнообразных видов психологических защит у их участников.

Диагностическая трудность при обращении таких людей к специалистам заключается в предъявлении ими жалоб на что угодно, только не на истинную причину (инцест), спровоцировавшую патологический симптомокомплекс. Последний проявляется диссоциативными, конверсионными, ипохондрическими, психосоматическими симптомами и др.

Выявление инцеста представляется в этой ситуации чрезвычайно важным, в частности, потому, что второй участник инцестных отношений продолжает на протяжении длительного времени участвовать в жизни сиблинга, во многом определяя её.

Это связано с тем, что эти *отношения в некоторых случаях строятся не только согласно модели жертва–агрессор, но имеют и другой компонент, отражающий существующую между сиблингами взаимную зависимость.*

Зависимость, строящаяся на привязанности, обладает значительной силой, особенно в случаях, где брат значительно старше сестры и располагает большими материальными возможностями. Если, помимо этого, брат для сестры является ещё и авторитетом, то его влияние на её будущий брачный выбор будет значительным.

Чаще всего брат выступает как помеха в брачном выборе сестры, препятствуя её вступлению в брак. Возможна и другая ситуация, при которой происходит прямая стимуляция братом вступления сестры в брак с косвенным подбором для неё неадекватного мужа, с ориентацией на скорый развод.

Ситуация, негативно влияющая на будущее замужество, может иметь место во взаимоотношениях мать–дочь, приводящих к формированию у дочери психологической концепции «I am only a daughter».

Мать, воспитывая дочь, пытается сильно привязать её к себе. Дочери внушается мысль о её чрезвычайной значимости для матери, выражающейся в том, что жизнь и благополучие матери зависят только от дочери. Если с матерью что-нибудь случится, в этом прямо или косвенно будет виновата дочь. В таких случаях мать заявляет: «Со мной это произошло потому, что тебя не было рядом». У дочери возникает чувство вины. Наблюдается *хронофагия*–захват матерью времени, принадлежащего дочери. Хронофагия проявляется в требованиях к дочери проводить все свободное от учебы или работы время дома.

В круг знакомых дочери, находящийся под контролем матери, входят лица, не представляющие непосредственной угрозы для отношений «мать–дочь». Попытки дочери вырваться из очерченной матерью семейной орбиты, куда-то уехать, в чём-то участвовать, иметь собственных друзей, ограничиваются матерью, для чего часто используется «двойная связка».

Создаются *патологические тандемные отношения*. В случае возникновения угрозы замужества, мать использует *извращённо–феминистическую стратегию,* отражающуюся, например, в следующих обращениях к дочери: «Посмотри на историю нашего рода и семьи. Известными в них были только женщины. Мужчины представляли слабых, безответственных и никчёмных людей».

Такие обращения проводятся достаточно часто и интенсивно. Вместе с тем, понимая, что в силу биологических причин, постоянно препятствовать браку дочери не удастся, мать провоцирует ее на неудачный выбор партнёра, поощряя общение дочери с выбранным самой матерью партнёром и препятствуя её встречам с потенциально «опасными» мужчинами. Разрешение матери на общение дочери с «неопасным» партнёром сопровождается иронически–саркастическим отношением к нему. Связь оформляется браком только в случае выполнения парой непременного условия жить вместе с матерью. Находясь рядом, мать использует тактику подрыва отношений, приводящую к окончательному распаду брака, заявляя при этом примерно следующее: « Вот видишь! Я же тебе говорила! Теперь ты поняла это на собственном опыте. Не переживай, каждая из нас должна была через это пройти».

Реализация подобной стратегии возможна и по отношению к сыновьям, которых с детства воспитывают в обстановке максимальной зависимости от матери с «профилактическим» обеспечением основных стратегически опасных позиций, таких, например, как подавление возможности становиться самостоятельным, независимым от матери. С этой целью используется проявление постоянной заботы, препятствование формированию необходимых по возрасту навыков согласно модели: «Ты не справишься, дай я тебе помогу».

Возможны случаи, когда мать заранее выстраивает стратегию жесткого привязывания к себе, используя «игру в психиатрию». При этом подчеркивается неадекватность, непрогнозируемость поступков, агрессивность, нарушение социальных правил ребенком (подростком). Последний изолируется максимально от контактов со сверстниками; по настоянию матери, неоднократно направляется на консультацию к психиатру, на которого оказывается давление с целью диагностирования психического заболевания.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

КОММУНИКАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. НАРРАТИВ

Основоположником нового популярного направления - коммуникативной психотерапии является Robert Langs. Одним из инструментов коммуникации служит *нарратив* - рассказ, повествование, способ изложения истории и суть самой истории, как некоего мифа, создаваемого пациентом. Сущность нарратива можно определить в широком и узком смыслах. В узкой психоаналитической трактовке нарратив понимается как рассказывание пациентами во время сеансов терапии интерпретаций их жизненных историй. Более широкая трактовка определяет нарратив как процесс продуцирования историй, рассказов, описаний; объединение не очень связанных друг с другом фактов в определенный повествовательный контекст. Для создания нарратива человеку приходится «заглядывать» в кладовые своей памяти.

Выделяют несколько видов памяти. Один из них – *процедурная* память-процесс запечатления, сохранения и воспроизведения того, что человек когда-то делал. В процессе любой деятельности происходит обучение каким-то навыкам. Они запоминаются, входят в структуру процедурной памяти и воспроизводятся в случае необходимости.

Второй вид памяти - *семантическая* память на смысл изложения, на соотношение между элементами получаемой информации.

Эпизодическая память регистрирует текущие события. Примером является воспоминание содержания пережитой когда-то ситуации. Характерной чертой эпизодической памяти является наличие тенденции внезапного возникновения и неожиданной актуализации хранящейся в ней информации. «Мне вдруг пришло в голову…, Я сейчас вспомнил, что….», - восклицает собеседник. Внезапно воскресшее воспоминание сопровождается желанием рассказать о нем, поговорить на эту тему.

Процесс повествования истории, связанной с эпизодической памятью, является нарративом. Нарратив включает в себя нечто большее, чем просто продукт эпизодической памяти. Это творческий процесс, поскольку в ходе рассказа происходит дальнейшее развитие истории, наполненной новыми воспоминаниями и далекими ассоциациями. Умение «плести кружева» из отдельных цепочек историй особенно характерно для писателей, выстраивающих на основе одной идеи целые произведения весьма объемного содержания.

Считается, что когда человек засыпает и переходит в состояние быстрого (REM) сна, то рождающиеся при этом сновидения являются нарративом, содержащем в себе целые рассказы. Способность к наррации важна и необходима для человека. Ее реализация невозможна без языка. Умение рассказывать предполагает наличие у человека развитых лингвистических способностей. Нарративные навыки относятся к категории особых умений, которые, по мнению Donald (1991), составляют основную движущую силу языка, заключающуюся в способности описать события и рассказать о них. Групповой нарратив ведет к созданию коллективной версии реальности. Нарратив носит социальный характер, если в нем участвуют более двух людей.

Bruner (1986) относит навык к нарративу скорее к определенной форме мышления, чем к языковым аспектам. Тем не менее, обычно нарратив считают естественным продуктом самого языка.

Описывая историю формирования языковых навыков, Livingston-Smith (1999) обращает внимание на то, что в каменном веке при отсутствии аппарата современного информационного языка, последний использовался в основном для создания и рассказывания историй. С помощью языка члены группы обменивались сведениями о

каждодневной активности, обсуждали пережитые события, принимали коллективные решения. Нарративные навыки получали дальнейшее развитие и передавались из поколения в поколение.

Общение современного человека немыслимо без обмена мнениями, рассказывания историй, анекдотов и обсуждения различных событий. Разговор, который свободно течет в нарративном модусе, имеет древние корни. Истории рассказываются, обсуждаются, возникают коллективные версии, которые могут в последующем повторяться.

По мнению Donald (1991), нарратив обладает следующими характеристиками:

1.Нарратив - это основная форма языка, более древняя, чем ненарративный разговор.

2.Нарратив социален, поскольку происходит в контексте социальных собраний.

3.Нарратив стимулирует социальную спаянность.

Одной из основных техник классического психоанализа является анализ свободных ассоциаций. Пациенту внезапно приходят в голову фрагменты материалов, которые «идут» из эпизодической памяти. Термин «свободная ассоциация» используется в русском языке как перевод с английского «free association». Но у Freud'a он имеет иное значение, означая то, что «падает с неба». Freud понимал под свободными ассоциациями материал, который внезапно приходит в голову человеку, лежащему на кушетке и рассказывающему о нем. Пациент черпает материал для рассказа из близких к инсайтным состояний, которые он эпизодически вспоминает. Здесь следует учитывать, что то, что пациент сначала вспоминает а потом рассказывает аналитику, не может не оказывать на специалиста определенного влияния. Речь идет не об одностороннем, а об обоюдном процессе. Информация, которая сообщается аналитику, не исчерпывается только повествованием. За «внешней» стороной рассказа присутствует несказанное, невыраженное словами содержание внутреннего бессознательного «слоя» - невербализуемая часть спонтанной наррации, которая оказывает на бессознательное аналитика гораздо большее влияние, чем сами слова.

Коммуникативная психотерапия основывается на следующих гипотезах:

1.Человек в социальных ситуациях спонтанно рассказывает истории с целью выражения бессознательных содержаний, касающихся конкретной ситуации.

2. В тех случаях, если даже рассказываемая история непосредственно не связана с социальным контекстом, она содержит замаскированную информацию об этом контексте. Например, человек сообщает информацию, казалось бы, далекую от того, что происходит в данный момент. Однако, в его рассказе все равно содержится скрытая информация, имеющая отношение к ситуации.

3.Скрытую сторону рассказа необходимо декодировать, расшифровывать и анализировать. Только тогда становится ясным, зачем и с какой целью сообщается именно эта информация и что конкретно происходит между пациентом и аналитиком.

Пациент во время беседы рассказывает о многом. Langs обнаружил, что все истории пациента связаны с поведением аналитика, с тем, что он сказал, что хотел, но не смог или не захотел сказать. В процессе декодирования информации необходимо принимать во внимание тему рассказа, соотнести ее содержание с триггером (пусковым моментом) истории.

Например, пациентка вдруг начинает рассказывать о том, что её муж не только никогда не поднимает трубку телефона дома, но и не делает для этого никаких попыток. Обычный на первый взгляд рассказ имеет определенный смысл, который заключается в нежелании мужа предпринимать активность по вступлению в коммуникацию. Пациентка говорит о поведении мужа с чувством раздражения. Пусковым моментом рассказа явилось неадекватное, с точки зрения пациентки, молчание аналитика во время сеанса. Нежелание психотерапевта вступать с ней в контакт стимулирует ее к такому рассказу. Она бессознательно использует историю о муже как метафору, которая предназначалась для аналитика. Женщина могла бы рассказать о многом другом, но выбрала именно эту тему

потому, что она корреспондировала с психоаналитической ситуацией в кабинете врача. Нереагирующий муж ассоциировался с нереагирующим психотерапевтом. Аналитик конфронтировал пациентку с ее чувствами и спросил, не потому ли она так болезненно реагирует на поведение мужа, что проецирует на него свою собственную пассивность? «Может быть, Вы злы на себя, но проецируете свои чувства на мужа?», - уточнил он, и пациентка согласилась. Произошло столкновение с основной проблемой, которая скрывалась за жалобой пациентки.

Следовательно, если классический психоанализ относится к бессознательному как к силе, которая нарушает аналитическую ситуацию, то коммуникативная психотерапия старается фиксироваться на содержании бессознательного и использовать его для развития ситуации.

Существует ряд пациентов с серьезными трудностями в попытке вербализовать свои переживания. Такие пациенты не находят достаточного количества слов, говорят мало и односложно. Если воспринимать их без достаточной эмпатии, продуктивность коммуникации будет невелика. По этой причине многие пациенты переводятся аналитиками в категорию «неанализируемых». Коммуникативная психотерапия позволяет существенно изменить число этих пациентов, проводить их анализ и эффективную коррекцию.

Функционирование бессознательного во время нарратива называют *«системой глубокого бессознательного разума» (Langs,1996).* Livingston-Smith (1999) для мониторинга ряда социальных интеракций часто использует сокращенный вариант этого термина - «система разума». Человек в течение жизни развивает в себе в той или иной степени способность чувствовать что именно стоит за сказанными словами. Очевидно, что эта способность совершенствовалась в процессе эволюции. Livingston-Smith (1999) обратил внимание на факт использования родителями языка для обмана, который не остается без внимания ребенка. Он ощущает пропасть между тем, что говорят и что делают взрослые. Поскольку в сложных социальных взаимодействиях нельзя ориентироваться на восприятие одного лишь языка, у людей эволюционно сформировались внутренние детекторы лжи языкового обмана. Одним из таких детекторов является система глубокого бессознательного разума.

Система особенно чувствительна к любым, даже очень слабым признакам агрессии, предательства, эксплуатации. Она принимает участие в развитии межличностных отношений, быстро приходя к заключениям и оценкам о том, что происходит. Эти заключения выражаются в закодированных нарративах. Нарративы, несущие глубокое бессознательное значение, называются также *дериватами.* Дериваты только поверхностно не связаны с текущей ситуацией, эта связь устанавливается на более глубоком уровне (Smith, 1998).

Система глубокого бессознательного разума содержит прототипы, согласно которым развиваются межличностные интеракции. Slavin и Kriegman (1992) называют эти прототипы «глубокими психологическими структурами», развивавшимися в многочисленных поколениях, в связи со сложностью межличностных отношений.

Вербальное вмешательство специалиста должно носить интерпретативный характер. Эффективность коммуникативной интерпретации зависит от эмпатии, степени понимания и умения аналитика прочувствовать то, что переживает пациент.

Психотерапия проводится с учетом анализа нюансов бессознательной коммуникации. Психотерапевт не должен иметь контактов с клиентом вне аналитических сессий, и не должен подвергать его друзей и знакомых аналитической терапии.

Коммуникативные психотерапевты придают большое значение молчанию, стремлению слушать и понимать пациента. Молчание должно быть непременным атрибутом сеанса. Молчать следует до тех пор, пока пациент не подаст аналитику сигнал о необходимости использования вербальной интервенции. Пациент подсказывает аналитику, что его перестает устраивать его безмолвие. Молчание сдерживает активное

вмешательство аналитика и создает условия для бессознательной коммуникации. Использование вышеперечисленных рамок оказывает положительное влияние на результат психотерапии.

В содержании **нарративного** повествования всегда присутствует некий скрытый смысл пациента, который имеет большое значение для решения его проблемы. Этот смысл не остается без внимания психотерапевта и должен учитываться при проведении любой коррекции. Для продуктивного контакта с пациентом необходимо «чувствовать» и улавливать то, что осталось недосказанным, то, что хочется сказать, но так и остается невысказанным. Скрытый смысл передается не только нюансами, интонационными оттенками слов, но и содержанием самого рассказа. Большое значение имеет триггер, запускающий процесс повествования.

Во время психоаналитического сеанса возможны ситуации, когда пациент, сообщает, казалось бы, не очень значимую информацию, но у психотерапевта при этом возникают напряжение, неуверенность и тревожность, которые он старается заглушить. Пациент чувствует состояние специалиста, и это не может не вызывать у него соответствующей реакции. Этот аспект психокоррекционного вмешательства до сих пор недостаточно анализировался. Между тем изучение *скрытого смысла нарратива* имеет большое значение. Langs'ом описан феномен ядерного, аксиального безумия – *«core madness»* (core- ядерное, осевое, находящееся в центре; madness - безумие, сумасшествие), который означает наличие в бессознательном каждого человека материалов, о которых ему не хочется думать. Речь идет об экзистенциальных проблемах смысла жизни, смерти, одиночества, свободы, которые трудно или невозможно решить. Интуитивный, рефлексирующий, старающийся быть в контакте с психотерапевтом пациент в процессе психоанализа на уровне бессознательного чувствует страх аналитика, обусловленный переживаниями, связанными с одиночеством, смертью, стремление уйти от этих переживаний и избежать дальнейшего развития страха. Он чувствует некоторую ограниченность специалиста, особенно, если последний ведет себя по отношению к пациенту с позиции Родителя. Пациент никак не комментирует ситуацию, не подает вида, но отражает «слабые места» аналитика в нарративе. Особенно легко «несостоятельность» психотерапевта обнаруживают лица с пограничным личностным расстройством, в связи с развитой у них эмпатией.

Langs (1985a) выделяет следующие *источники «core madness»:*

1.Первый источник заключен в самой природе психики и содержится в существе самой жизни. Автор называет этот источник «психобиологическим».

2.Причинами второго источника служат неизбежные трудности и конфликты, связанные с межличностными отношениями, поскольку возникающие при этом непонимание и несовместимость естественны. Каждый человек в каком-то смысле одинок, что делает невозможным установление симбиотических отношений. Отсутствие полной межличностной конкордантности (согласованности) приводит к ядерному безумию, особенно при наличии трудных, нестандартных, дезадаптивных отношений и состояний.

3.Третий источник происходит из болезненных аспектов личностного роста и развития, из неожиданных межличностных и внутриличностных инцидентов. Он возникает при внезапном столкновении с неожиданной гибелью близкого человека, с любыми событиями, угрожающими психофизической интегральности.

В связи с возможностью возникновения core madness, человек должен жить, постоянно принимая во внимание различные угрозы его существованию. Это требует *использования адекватных способов психологической защиты.* Несмотря на примитивный характер некоторых из них, огромное значение имеет «здоровое отрицание» как возможность жить, постоянно не думая о потенциально парализующих психику реалиях окружающего мира. Психологические защиты удерживают эти неприятные переживания

вне сознания, что позволяет избегать постоянной тревоги и сохранять веру в целесообразность существования и смысл жизни.

В момент нарративного контакта те образы, мысли и чувства, которые не всегда удается полностью подавить, прорываются через психологическую защиту. Появляется экзистенциальная тревога, которая улавливается пациентом, и возникает замкнутый круг. Таким образом, *ядерное безумие – это универсальный феномен, который наблюдается у всех людей и выражается в нарушениях, имеющих свою индивидуальную специфику.*

Поведение пациента отражает уникальные попытки борьбы с опасными бессознательными имиджами, возникающими под воздействием внешних триггеров и удерживаемыми от прямого их осознания. Возможные трудности контакта с аналитиком могут быть вызваны неадекватными отношениями пациента с объективной реальностью. Их осознание частично или полностью заблокировано. Возникающие при этом психические нарушения включают различные ложные убеждения, сенсорные переживания, галлюцинации.

Могут наблюдаться потеря самоконтроля, эмоциональные и поведенческие «вспышки», связанные с проявлением биологических драйвов, эксцессивные желания, сексуальность, агрессия. Такое поведение рассматривается как дезадаптивная защита по отношению к возникающей психической дезорганизации.

Возможно появление примитивной реакции на возникающую угрозу. Так, например, лица с пограничным личностным расстройством часто действуют импульсивно. Чтобы избавиться от экзистенциальной тревоги, они проявляют импульсивность в алкоголизации, употреблении наркотиков, в сексуальных связях, и т.д. Когда тревога заглушается и перестает быть актуальной, импульсивная активность исчезает, и к ней появляется критическое отношение.

Иногда у пациентов появляются различные психосоматические нарушения. Важно понимать, что при определенных обстоятельствах ч*еловек может сам поставить себя в «безумное положение» или стремиться к контактам с людьми с большими отклонениями для того, чтобы таким образом избавиться от компонента своего собственного безумия*. Анализ поведения лиц с пограничным личностным расстройством, проводимый с учетом этой точки зрения, позволяет лучше понять их состояние.

Психотерапевтическое *молчание* в коммуникативной коррекции имеет большое значение. В классическом психоанализе молчание рассматривается как симптом сопротивления переносу или бессознательным материалам, которые рвутся из глубин прошлого пациента. Пациент молчит потому, что сопротивляется. Как правило, он старается избежать конфликта, изолируясь от него в направлении к такому состоянию, в котором чувствует себя относительно безопасно. Погрузившись в это состояние, он может спокойно встретиться с проблемой, которая требует решения. Одна из таких проблем может быть связана с творчеством.

Аналитик не может сопровождать пациента на протяжении многотрудного творческого процесса, но он в состоянии помочь ему своим присутствием до и после его завершения. В связи с этим особенно важно выделить новую функцию психотерапевтического молчания: *молчание не просто симптом сопротивления, а возможный источник информации*, т.к. в процессе молчания происходит творческий процесс.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ РАМКИ

Любая социальная активность осуществляется в определенных рамках и предпринимается в соответствии с общепринятыми нормами и правилами. Без соблюдения этих правил все, что происходит между аналитиком и пациентом, было бы простым пребыванием двух людей в одном кабинете.

Согласно одному из законов терапевтического взаимодействия, врач вступает в него для того, чтобы помочь пациенту в решении его психологических проблем. При этом один из участников контакта в основном слушает, а другой говорит. Продолжительность встречи длится не более 50-ти минут. Рамка в виде «контракта» между врачом и пациентом определяет, что именно они будут делать вместе. При этом оба исходят из того, что терапия носит частный характер, полностью конфиденциальна, проводится в фиксированном месте и в определенное для каждой встречи время. Психотерапевт обязан приходить в заранее обговоренные часы, не должен прерывать сеанс раньше, но и не затягивать его дольше положенного времени. Он несет ответственность за начало и конец любого сеанса и подчиняет свои желания главной задаче - пониманию пациента.

Bleger (1967) определяет психоаналитическую рамку как определенную сетку, как набор основных констант, лимитирующих течение аналитического процесса. Автор называет рамку «призрачным миром». Он рассматривает ее как наиболее примитивную и недифференцированную структуру, которая как бы никогда не замечается ни пациентом, ни аналитиком, существует сама по себе, вне ее осознания и напоминает о своем существовании только тогда, когда кто-то из них начинает нарушать принципы ее организации. При этом оба участника психотерапевтического процесса начинают чувствовать признаки нарушения рамочного «регламента», которые, по мнению Bleger, вызывают нечеткое, иногда неадекватное «метаповедение». Признание существования рамки и функционирование в пределах ее границ обеспечивает достаточно ясное и четкое поведение пациента.

Психоаналитическая рамка применяется в качестве защиты против психотической тревоги. Использование рамки позволяет пациенту в пределах ее границ депозитировать психотическую часть личности. Пациент «размещает» в зоне действия психоаналитической рамки различные части примитивных симбиотических связей, свойственных детскому возрасту. Речь идет о недифференцированных младенческих связях, хранящихся на бессознательном уровне. Взрослый пациент, находящийся в определенных константах психоанализа, воспринимает эту рамку как нечто исходно существующее, отражающее ту старую связь, которая когда-то существовала между ребенком и матерью в очень раннем периоде жизни, поэтому всякое нарушение рамки воспринимается им очень болезненно, хотя внешне это может быть и незаметно. Вторжение в рамку, разрушение ее границ бросает вызов Я и может приводить к провокации актуализации психотических элементов, которые Langs (1985 а, в) называет ядерным безумием. *Рамка включает:*

1.Место проведения психоанализа.

2. Знание пациента, что сеанс длится определенное время, не является для него неожиданным, поскольку так было, есть и будет в течение всего курса психоанализа.

3. Знание пациента, что встреча с аналитиком происходит в определенное время, в установленный час и день недели.

4. Знание пациента о том, что в случае отъезда аналитика, он заранее оповещает о перерыве в лечении и не делает это событие неожиданным

5. Конфиденциальность.

6. Возможность прекращения психоанализа по желанию пациента.

7. Классический психоанализ предполагает размещение пациента на кушетке. Рамка современного психоаналитического процесса требует контакта лицом к лицу с пациентом.

Каждый человек способен одновременно переживать целую гамму чувств. Существует эффект «давления» этих чувств, характерный для нарративного разговора. Выражая чувства в процессе даже простого неаналитического рассказа, человек испытывает облегчение.

Высказывается мнение о том, что психоанализ похож на исповедь. С нашей точки зрения, отличие между ними заключается в том, что в психоанализе отсутствует акцент

на покаянии и раскаянии. На исповеди человек говорит о том, что он знает о самом себе, используя выражения «..я совершил нечто недостойное…, я плохо подумал…, я причинил вред…и т. д.». В процессе психоанализа пациент рассказывает не столько о том, что он знает о себе, сколько о том, чего он о себе не знает и что постепенно становится для него ясным в ходе аналитической терапии.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И ЕГО ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Встреча с трудными пациентами вызывает большую неуверенность в отношении эффективности психотерапии даже у тех аналитиков, которые имеют достаточно большой опыт работы. Сомнения специалистов в результативности психоанализа обусловлены следующими факторами:

1. Неадекватной техникой работы с трудными пациентами.
2. Трудностью самой проблемы, особенностями личности пациента и особенностями патологии.
3. Недостаточностью профессиональных навыков аналитика.

Одной из актуальных проблем современного психоанализа является вопрос о том, какие части психического аппарата доступны анализу и в какой степени? Какие структуры психики могут быть затронуты психотерапевтическим процессом?

Общепризнанным является факт влияния аналитического процесса на superego. Обеспечение этого влияния - одна из целей психотерапии.

Superego «построено» из интроекций, которые имели место в ранних периодах жизни пациента. Согласно теории Self-объектных отношений, в superego навсегда остаются шрамы от плохих объектных отношений, которые были введены в сверх-Я в раннем возрасте. Цель проводимой психотерапии состоит в нейтрализации негативного влияния superego путем введения в него новых материалов и интроекций в зрелом возрасте.

Все, что связано с образом аналитика и его подходами к работе, частично интроецируется пациентом. Этот процесс не следует отождествлять с идентификацией, оказывающей не меньшее влияние на формирование superego. Интроекция в superego определенных «частей» аналитика может иметь положительное значение. В процессе интроекции пациент начинает воспринимать интроецированные части аналитика как интегральные части собственной психики.

С другой стороны, в случае идеализации аналитика, пациент может частично идентифицировать себя с ним. Необходимо иметь в виду, что слишком высокая степень идеализации вредна, поскольку может стать серьезным препятствием на пути идентификации с интроецированным объектом. Чрезмерная идеализация может приводить человека к мысли о том, что он никогда не сможет походить на искомый образец, что, несомненно, вызовет снижение его самооценки.

Задачей психотерапии является изменение содержания superego посредством воздействия на его структуру и избавления от отрицательных интроекций, идеализаций и идентификаций. Необходимо помочь пациенту изменить отношение к ситуации. Если он, например, идеализирует какой-то образ или какие-то объекты и сравнивает себя с ними не в свою пользу, изменить это отношение бывает очень трудно. Необходимо показать относительность идеализации, не забывая о том, что полная деструкция идеализации может приводить неподготовленного пациента к экзистенциальному кризису, потере жизненно-важного ориентира и нарушению структуры его качественного мира.

Несмотря на единодушное мнение большинства специалистов о необходимости *усиления* ego *пациента,* осуществить это чрезвычайно трудно. Эффективность применяемых с этой целью современных техник достаточно сомнительна. В арсенале средств современной психотерапии, к сожалению, отсутствуют результативные приемы,

позволяющие усилить ego. Вмешательство специалиста должно быть направлено на обеспечение тесной связи ego с той частью бессознательного, которая может радоваться результатам удовлетворения драйвов. Эту связь иногда нужно усиливать.

В то же время необходимо уделять внимание и той части ego, которая нейтрализует желание немедленного удовлетворения потребности. Эта часть ego должна уметь удерживать в себе отрицательные эмоции, например, злость и ненависть для того, чтобы не нарушить адаптацию.

Часть ego, которая непосредственно связана с удовлетворением драйвов, может нуждаться в усилении. Если человек частично или полностью исключает для себя возможность удовлетворения желаний, он лишается способности получать удовольствие и радоваться жизни. Утрата такой способности - характерная черта депрессии. Если ego оторвано от id и каналы связи между ними заблокированы, человек живет автоматической жизнью. Он может быть рациональным и самодостаточным, но логика и правильность, которые он демонстрирует другим как образец для подражания, лишает его возможности получать удовольствие от самой жизни, ощущать ее красоту и полноту.

Стремление защитить себя от повышенного эмоционального напряжения путем использования различных психологических защит (особенно, примитивных) не проходит бесследно. Адаптированная к внешней реальности и к superego часть ego платит за это потерей внутренней реальности. Человек может хорошо адаптироваться к законам внешней реальности, научиться подчиняться требованиям superego, но при этом лишиться внутреннего мира. Следует помнить, что эту часть ego усиливать нельзя. Необходимо нейтрализовать доминирующее влияние той части ego, которая разрушает внутреннюю реальность.

Таким образом, ego должно осуществлять функцию медиатора (посредника) между требованиями superego и влияниями id.

Каждый аналитик в процессе психотерапии должен удерживать в сознании эту схему, чтобы не позволить какой-то из частей ego дезадаптировать пациента.

Большинство аналитиков не уверены в своих возможностях и в эффективности техник, призванных оказывать влияние на бессознательное. До сих пор остается неясным, можно ли вообще осуществить контролирующее влияние. Известно, что ряд воздействий стимулирует бессознательное, например, социальная депривация. С одной стороны, происходит усиление творческой активности и воображения, с другой, - возрастает риск возникновения межличностных конфликтов. Причина нарушения взаимоотношений заключается в следующем. Активизация бессознательного усиливает эмпатию, обостряет восприятие таких эмоциональных реакций. В случае психологической несовместимости людей, общающихся в обычных социальных ситуациях, эмпатия не имеет такого значения. В условиях длительного, вынужденного нахождения в малой группе при невозможности отвлечься на другие коммуникации назревает эмоциональное напряжение.

В ситуациях сенсорной депривации может происходить усиление аутодеструктивного драйва. Способами ослабления этого драйва могут быть психотерапевтическое воздействие, непосредственное влияние на причину драйва, сублимация, смешение аутодеструктивного драйва с либидо и т.д. Воздействие на бессознательную сферу осуществляется в процессе переноса, когда пациент переносит на аналитика переживания из своей прошлой жизни.

Умение правильно интерпретировать происходящее имеет большое значение и особенно в случае *депрессивных и навязчивых состояний.* Важно проникнуть в глубину переживаний пациента и найти истоки этих состояний в наиболее ранних периодах жизни, когда эти реакции впервые возникли. Необходимо определить, какие объекты были «введены» в сознание пациента, и каким образом они спровоцировали развитие первичных депрессивных реакций. Иногда эти реакции были связаны со скорбью, вызванной покиданием ребенка одним из родителей, чаще матерью. Покидание могло быть временным, но оставило большой отпечаток в связи с тем, что сопровождалось

переживанием вины. (Меня покинули потому, что я виноват/а). Иногда это было покидание, связанное с уходом родителя, распадом семьи, со смертью родителя и т.д. Пациенты, загруженные своими переживаниями, обладают слабо выраженной способностью катектировать направлять свои эмоции на внешний объект. Привлечь внимание таких пациентов крайне трудно. Они слишком погружены в себя. Для решения этой задачи необходимо использование специальных и разнообразных аналитических техник.

Нарушения у трудных пациентов обычно закладываются в раннем периоде жизни.

В этом контексте Balint (1994) подчеркивает продуктивность выделения *двух уровней аналитической работы:* Эдипального или вербального и преэдипального или превербального. Превербальный период (до одного года-полутора лет) является зоной, в которой при неблагоприятных условиях может сформироваться основная недостаточность. Поскольку основная недостаточность формируется на превербальном уровне развития, возникающие нарушения не имеют языкового выражения, и в результате вербальная аналитическая коррекция, используемая аналитиками у пациентов с расстройствами, локализованными в Эдипальном периоде, оказывается малоэффективной. Превербальные нарушения не определяются словами взрослого языка, поэтому относящиеся к ним слова и фразы аналитика не понимаются пациентом и /или не воспринимаются как эмоционально значимые.

1.Эдипальный уровень

Freud описывал психические переживания ребенка в Эдипальном периоде языком взрослого человека. У психических процессов, свойственных этому возрасту, есть определенное своеобразие. На течение этого периода оказывает большое влияние первичный процесс. В связи с этим также возникает вопрос о границах использования языка взрослого человека, для описания переживаний Эдипального периода, испытывающего на себе влияние первичного процесса и ранних переживаний ребенка.

Трудности погружения на уровень Эдипальных материалов сопряжены с анализом того, понятны ли были в тот период и приемлемы для пациента произносимые им в процессе сеанса слова. Как он выражал их в детском возрасте? Преэдипальный период влияет на вербальное развитие. Очевидно, не все ранние переживания ребенок мог сформулировать вербально. Взрослому человеку эти переживания также трудно вербализовать, как и в то далекое время.

Возможны ситуации, когда все, что аналитик сообщает пациенту, не производит на него никакого впечатления. В то же время эффект от каких-то слов может быть неожиданным или недоступным для понимания. Пациенты, не воспринимающие слова аналитика, не придающие им никакого значения, или, наоборот, распознающие в них какой-то необычный смысл, как правило, страдают глубоким расщеплением или слабым и незрелым ego.

Нарциссгический пациент не воспринимает слова аналитика из-за чрезмерной фиксированности на себе. Он страдает от глубокой нарциссической раны. Болезненные процессы могут свидетельствовать о глубинных корнях имеющихся у пациентов нарушений, затрагивающих не только Эдипальный, но и более ранний, преэдипальный периоды. Возможны варианты, при которых пациент входит в Эдипальный период с уже имеющейся патологией, на которую наслаиваются дальнейшие травматические события, оживляющие первоначальные доэдипальные изменения.

Большая пропасть между желанием специалиста оказать помощь и конечным результатом психоанализа может быть обусловлена тем, что пациент не улавливает смысла информации, которую ему сообщает аналитик. Например, аналитик объясняет механизмы развития нарушений, пациент внимательно слушает его, но на самом деле, эта

информация для него ничего не значит. Он тут же забывает ее, даже если перед этим со всем соглашается.

Одни и те же слова имеют для участников анализа разное значение. Для аналитика они означают одно, а для пациента -другое. Пациент может их «проработать» только тогда, когда он способен пережить объяснения врача, ввести их в свое сознание, проработать, воспринять как объяснение и позволить, чтобы оно повлияло на психику.

Пациенты с глубокими нарушениями не способны это сделать. Они не воспринимают интерпретацию аналитика. Необходимой проработки материала не происходит, пациент не включается в процесс, в связи с тем, что слова и фразы специалиста не имеют одинакового значения для обоих участников сеанса.

Считается, что если нарушение возникло в Эдипальном и более позднем периодах, то все же значительных осложнений контакта не происходит, поскольку аналитик и пациент говорят на одном языке и слова значат для них одно и тоже. Пациент может отбросить интерпретацию, не согласиться с ней. Она может испугать, разозлить, вызвать раздражение, психологически ранить его, но в момент интерпретации он включается в процесс.

Особенностями Эдипального уровня являются:

1. Аналитическая работа на Эдипальном уровне проходит в рамках треугольных отношений между родителями и ребенком. К субъекту, который когда-то был ребенком, добавляются два параллельных объекта, которые включаются в этот процесс. Эти два объекта могут быть двумя людьми в Эдипальной ситуации, или одним человеком и каким-то объектом, например, матерью, которая кормит ребенка, и пищей.

2. Эдипальный период неотделим от конфликта, вызванного амбивалентностью, причиной которой является сложность отношений между индивидуумом и двумя объектами, чаще всего, между ребенком, матерью и отцом. Этот конфликт может быть разрешен, или по отношению к нему может возникнуть приспособление.

Язык взрослого человека может быть относительно адекватным инструментом коммуникации, который соответствует этому периоду. Таким образом, аналитическая работа на Эдипальном уровне может быть эффективной в случае использования субъектами коммуникации обычного взаимосогласуемого взрослого языка.

2.Преэдипальный уровень

Преэдипальный уровень более прост и примитивен, в сравнении с Эдипальным уровнем. Основное непонимание в восприятии языка, которое создает пропасть между пациентом и аналитиком и препятствует эффективной психотерапии, характерно для работы с нарушениями, возникшими на превербальном преэдипальном уровне.

Преэдипальному уровню свойственны следующие особенности:

1.Все события, которые происходят на этом уровне, включают в себя отношения между двумя (а не тремя, как на Эдипальном уровне) лицами. Третий персонаж, который может появиться в это время, вызывает психологическое напряжение и воспринимается как ненужная нагрузка.

2. Отношения между двумя людьми - это отношения особого характера. Они отличаются от хорошо известных отношений на Эдипальном уровне.

3.Природа динамических сил, которые оперируют на этом уровне, бесконфликтна.

4. Взрослый язык обычно бесполезен. Его использование приводит к ошибкам, непониманию описания событий, происходящих на этом уровне. Это связано с тем, что слова здесь обычно не имеют согласованного значения. Они обозначают для врача и пациента разный смысл, или вообще ничего не значат для последнего.

Сравнение вышеупомянутых уровней аналитической работы порождает вопрос о том, каким образом определить состоявшееся в процессе сеанса прикосновение аналитика

к преэдипальному уровню? Какие признаки подтверждают столкновение с этим ранним уровнем развития?

Одним из сигналов погружения в материалы преэдипального уровня является внезапное изменение атмосферы аналитической ситуации. Все становится вдруг каким-то другим. Появляется мощный поток бессознательных импульсов со стороны пациента. Казалось бы, внешние признаки изменившейся ситуации отсутствуют и будто бы ничего не произошло, но, на самом деле, ситуация стала другой и приобрела какой-то иной характер. Контакт с некоторыми пациентами изменяется уже на первом или втором сеансе после нескольких минут разговора. В общении с другими пациентами изменения наступают не сразу. Выделяют несколько конкретных *сигналов изменений*:

1.Интерпретация специалиста не «доходит» до пациента. Вместо этого у него появляется ощущение, что аналитик нападает, требует чего-то, хочет оскорбить, проявляет враждебность, грубость и несправедливое отношение, хотя на самом деле ничего подобного не происходит.

2.Ситуация может измениться и в противоположном направлении. Интерпретации аналитика переживаются как нечто очень приятное, воодушевляющее, возбуждающее, или успокаивающее, воспринимаются как награда, соблазн, неоспоримый признак чрезвычайного внимания, любви, аффектации.

3.Общеизвестные обыденные слова, которые имеют согласованное, «взрослое» значение и могут употребляться без каких-то особых последствий, вдруг становятся необычно значимыми и впечатляющими. Эта значимость может иметь как позитивный, так и негативный оттенки. Не только слова, но и какой-то жест, движение, мимика, любое случайное замечание приобретают выходящее за пределы обычной реальности значение. Это факт представляет для специалистов профессиональный интерес в связи с тем, что такого же рода явления встречаются при начальных формах некоторых психических нарушений. Нередко диагностирующийся феномен бредового восприятия заключается в том, что какой-то случайный зрительный, слуховой раздражитель приобретает необычное значение, свидетельствуя о чем-то важном, судьбоносном, символическом для этого конкретного человека, но непонятном для других людей.

Примером, иллюстрирующим это положение, является кадр из фильма Р. Полянского «Отвращение», в котором трещина на асфальте воспринимается героиней не просто как дефект тротуара, а как катастрофа, знак того, что рушится что-то очень важное.

Мы считаем, что основой бредового восприятия является нарушение интуиции. В связи с этим, бредовые идеи возникают не как продукт нарушенного мышления, а как последствия патологической интуиции.

4. Пациент приобретает способность «залезть под кожу» аналитику, внедриться в него, проникнуть в его душу. Аналитик чувствует, что пациент начинает узнавать о нем слишком много, включая личные и очень интимные подробности его жизни. Это связано не с использованием какого-то конкретного источника информации, а с необычным свойством, талантом пациента, который позволяет ему/ей «понимать» мотивы поведения аналитика, интерпретировать его действия, чувства и эмоции. В связи с этим у аналитика даже может возникнуть чувство воздействия на него ясновидения, экстрасенсорики, телепатии. Аналитику кажется, что пациент видит его «насквозь». Возникает двойственное, амбивалентное состояние, при котором, с одной стороны присутствует настораживающее ощущение правильности и корректности оценок, а, с другой, - отсутствует возможность дать происходящему рациональное объяснение.

Представляет интерес реакция пациента на этот феномен. По идее пациент, вызвавший у аналитика подобные изменения, должен ждать от него соответствующей реакции. Если аналитик никак не реагирует на происходящее и отгораживается от пациента экраном, можно также предположить тип реакции пациента на это

дистанцирование. В действительности пациент не проявляет по этому поводу никакой злости, ярости, сожаления и критики, что могло бы проявиться в переносе.

Если бы все эти процессы происходили на Эдипальном уровне, то эти реакции имели бы место. Однако, на преэдипальном уровне этого не происходит.

Единственное чувство, которое здесь можно наблюдать – это чувство пустоты. Пациент становится «мертвым», потерянным и отсутствующим, что сочетается с каким-то безжизненным подходом к дальнейшей психотерапии. Все, что ему предлагается, он акцептирует пассивно, без какой бы то ни было положительной ответной реакции. То, что говорит аналитик, воспринимается без обратной реакции и без сопротивления, видимо, потому, что не имеет для пациента никакого смысла. Происходящее напоминает контакт с неодушевленным предметом.

Возможна и другая форма реакции на несовпадение - появление у пациента тревоги с оттенком преследования *(персекуторная тревога).* Выраженность её обычно незначительна. Пациент чувствует, что отсутствие реакции и несовпадение с ним аналитика - это плохо еще и потому, что несет на себе оттенок зловредности, является отражением определенного злого умысла, негативного намерения и пренебрежения. Положительные переживания, связанные с восприятием ранних периодов жизни, оцениваются как случайные. Несовпадение и фрустрация демонстрируют наличие злых, враждебных чувств аналитика к пациенту. Незначительная представленность тревоги объясняется тем, что пациент воспринимает феномен несовпадения и связанные с ним эмоции, с одной стороны, как болезненный факт, а, с другой, - не задевающую его, находящуюся в иной плоскости данность, которая не вызывает выраженной злости, не стимулирует ответной активности и не мобилизует пациента на борьбу.

Трудно сказать, какие эмоции пациента сочетаются с тревожностью и оттенком идей преследования. Здесь нет чувства безнадежности и отчаяния, но есть апатия и ощущение пустоты. Выраженность этих симптомов очень слабая. По-видимому, отчаяние и беспомощность относятся к Эдипальному уровню реагирования, а для преэдипального уровня они не характерны. С нашей точки зрения, *мертвенность, безучастность и пассивность, свойственные этому периоду, являются зародышами неблагополучных состояний, которые могут проявляться во взрослом периоде жизни в рамках различных эмоционально-волевых расстройств.* Известно, что при некоторых состояниях, например, при шизофрении, имеют место два уровня патологии. Один из них заключается в бредовой настроенности, а другой, более глубокий, - в безразличии. Наличие такого сочетания диагностируется в процессе контакта с пациентом.

Наблюдаемые чувство пустоты и мертвенности сочетаются с решимостью пациентов видеть все «насквозь». Необычное сочетание разнообразных психологических состояний делает пациента по-особому привлекательным.

Вышеперечисленные признаки являются диагностическими критериями того, что аналитическая работа достигла преэдипального уровня.

Представляет интерес типичный характер реакций аналитика, который отличается от тех, что возникают в момент появления сопротивления пациента на Эдипальном уровне. Разные уровни имеют и разные виды реакций. Аналитик становится более чувствительным, все, что происходит, задевает и затрагивает его в большей степени. Он утрачивает способность сохранять необходимые для данного этапа терапии отстраненную симпатию и объективную пассивность. Возникает угроза субъективного эмоционального включения аналитика в психотерапевтический процесс.

В Эдипальном периоде положительная оценка пациентом действий аналитика выражается в благодарности, которая является мощным союзником психотерапии.

На преэдипальном уровне аналитик никогда не может быть уверен в том, что именно придет в голову пациенту, и сколь длительной будет его реакция. Если аналитик совпадает с пациентом, это принимается как само собой разумеющееся и приводит к росту требовательности пациента по отношению к аналитику. Требовательность не имеет

четких границ и выходит за пределы реальности. Рост требовательности отражает примитивный уровень отношений между двумя людьми в этом раннем периоде (в отличие от Эдипального треугольника).

Если аналитик работает на Эдипальном уровне, ему легко быть дистантным и проявлять некоторую пассивность. Сохранять отстраненность на преэдипальном уровне нелегко, но необходимо, поскольку, потеряв эту способность один раз, можно войти в опасную спираль, напоминающую развитие аддиктивного процесса, когда аналитик все больше и больше погружается в эмоциональную ловушку.

Нельзя впадать и в другую крайность. Безразличие аналитика может привести либо к прекращению психотерапии по инициативе пациента, либо к развитию у него разнообразных неадекватных представлений, например идентификации аналитика с агрессором, или себя с какой-то значимой личностью. Возможные осложнения аналитического процесса должны анализироваться в психологическом пространстве двух людей. Взаимоотношения между ними носят более элементарный, «упрощенный и примитивный» характер, чем отношения трех людей в рамках Эдипального конфликта.

Как уже указывалось, в превербальном периоде возможно формирование основной недостаточности (Balint [1969] (1964).

Термин *основная недостаточность* отражает отсутствие структуры Эдипального конфликта.

Самоанализ пациентов раскрывает наличие у них какого-то значимого изъяна, порождает ощущение недостатка чего-то очень важного. Речь идет именно о недостаточности, а не о комплексе, конфликте или какой-то репрессированной психологической травме. Недостаточность воспринимается пациентом как сделанная кем-то, связанная с какими-то отношениями (кто-то подвел, предал, что-то недодал и пр.). Зона основной недостаточности окружена тревогой, которая трансформируется в страх того, что окружающие, в данном случае аналитик, могут предать так же, как те, другие, которые когда-то уже предали, и тем самым вызвали эту недостаточность.

По мнению классических аналитиков, любая динамическая сила, которая оперирует в сознании, связана или с биологическим драйвом, или с конфликтом. На преэдипальный уровень действие этой аксиомы не распространяется. Речь идет об энергии не драйва и не конфликта, а о каком-то неблагополучии в психике, в которой на протяжении всей жизни человека присутствует какой-то дефект. Какая-то несформированная психологическая функция, качество или свойство психики так и не развились в результате более поздних влияний.

Истоки образования такого «психологического вакуума» определить очень трудно. Драйв может быть удовлетворен, конфликт разрешен, с недостаточностью дело обстоит сложнее. Теоретически она может быт «вылечена», а недостающий психический ингредиент может быть найден и заменен суррогатом, но, несмотря на это, в реальности на месте недостаточности будет сформирован не проходящий и «саднящий» психический рубец. Коррекция может сгладить, уменьшить его негативное влияние, но полностью ликвидировать этот недостаток не удается.

Термин «основной» подчеркивает широкое распространение недостаточности на всю психологическую структуру и всю психическую жизнь. Поэтому при наличии основной недостаточности можно утверждать, что данное нарушение лежит в основе и определяет дальнейшее течение любого личностного расстройства как нозологической категории. Симптомы личностного расстройства могут быть связаны с основной недостаточностью и, в то же время, осложняют ее проявления. Их можно подвергать и психоаналитической, и фармакологической коррекции. При этом может сложиться впечатление эффективности проводимой терапии, но, к сожалению, в длительной перспективе это не так. Основная недостаточность не только сохраняется, но и порождает новые симптомы, что делает возможным прогнозирование высокой степени риска развития этих состояний.

Основная недостаточность закладывается на стыке формирования биопсихологических потребностей человека и обусловлена определенными «неполадками» его развития в ранние возрастные периоды. В случае недополучения ребенком физического и психологического внимания, аффектов и эмоций, крайне необходимых для него в ранний период жизни, возникает дефицит, следовые последствия которого могут быть обратимы лишь частично, т.е. восстановить основную недостаточность полностью невозможно. В формировании недостаточности могут участвовать следующие факторы: несоответствие выраженных биопсихологических потребностей ребенка тому, что предлагается ему в качестве средств и способов их удовлетворения; неблагоприятные средовые воздействия; недостаточная забота; чрезмерная тревожность родителей; жесткое, ригидное воспитание; непостоянство родительских эмоционально-поведенческих проявлений; неправильное таймирование в виде несоответствия возникновения потребностей срокам их удовлетворения; чрезмерная стимуляция; индифферентность; безразличие и пренебрежение.

Психологический и физический дисбаланс между ребенком и средой можно сравнить с несоответствием техник, которые использует аналитик, потребностям пациента. Это приводит к затруднениям и провалу психотерапии.

Несмотря на то, что в коррекции основной недостаточности участвуют двое, в расчет принимаются желания и потребности одного лишь пациента. Даже если аналитик и воспринимается пациентом как мощная и значимая фигура, он оценивается им только как средство удовлетворения своих потребностей и предотвращения возможной фрустрации. Личность аналитика, его мысли, желания и эмоции полностью игнорируются.

3.Зона творчества

Кроме двух вышеперечисленных уровней, в сознании выделяют и третью зону - *зону творчества*, созидания (Balint). В этой зоне человек существует сам по себе без связи с внешним объектом. Его основной задачей является продуцирование объекта, идеи, и пр. Результатом творческой активности являются художественные творения, математические решения, философские концепции, новые уровни понимания и пр. Для зоны творчества характерны два важных феномена:

1.Ранние фазы развития творческой «болезни». «Я заболел идеей…, я беременен мыслью….», - говорят о себе люди, охваченные вдохновением.

2.Спонтанное выздоровление от этой «болезни».

Несмотря на попытки изучить психологические механизмы творчества, к сожалению, эта область остается пока мало понятной. Это связано с отсутствием в творческом процессе внешнего объекта и невозможностью возникновения отношений переноса. Там, где нет переноса, психоаналитические методы бессильны. Использование аналитических методов становится возможным только тогда, когда появляется внешний объект, например, завершенное творение искусства, инсайт, новый уровень понимания, - продукт, отношение к которому может быть выражено словами.

Для вербализации процессов, происходящих в зоне творчества, используется слишком незначительное количество терминов. Обедненность и несовершенство вокабуляра, описывающего творчество, приводит к заимствованию многих метафор. Это состояние сравнивают, например, с беременностью, а продукцию с деторождением.

Bion (1962) использовал для определения творческих процессов такие слова, как «преобъекты», «альфа» и «бета» элементы. По мнению автора, «преобъекты» существующие в зоне творчества, настолько примитивны, что они не могут быть «организованными или целостными». Bion считает, что процесс созидания трансформирует преобъекты в настоящие объекты, но этот процесс непредсказуем. До сих пор неизвестно, почему в одних случаях процесс успешен, а в других кончается

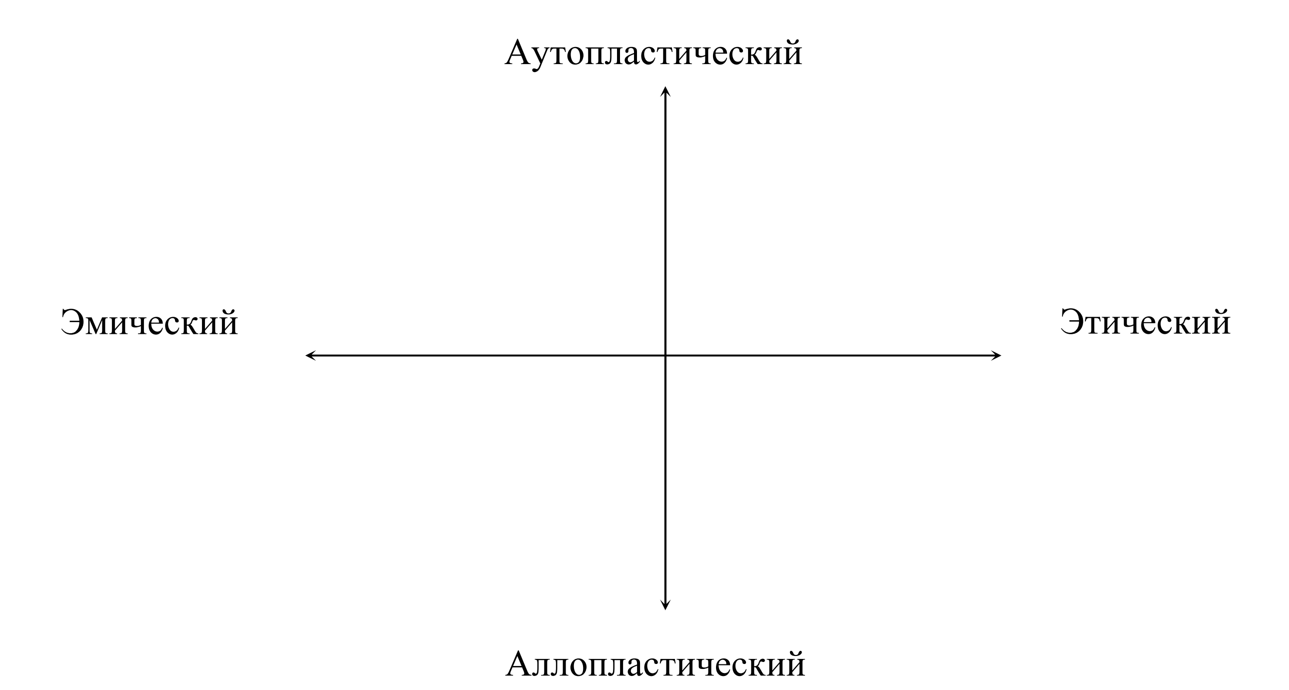
поражением; в силу каких причин для его реализации в ряде случаев необходимо чрезвычайно длительное время, а иногда он случается молниеносно. Рядом авторов выдвигается идея, согласно которой интенсивный Эдипальный конфликт может ускорять или подавлять скорость креативности. Тем не менее, создается впечатление, что гораздо большее значение в творческом процессе имеет структура зоны созидания и ее «оснащенность».

Таким образом, в психике выделяют два уровня (преэдипальный и Эдипальный) и зону творчества. Наиболее изучен Эдипальный уровень. Все, что происходит на этом уровне, включает, наряду с субъектом, два дополнительных объекта. Взрослый язык достаточно адекватен для описания процессов, связанных с задействованностью этого уровня. преэдипальный уровень в его превербальной стадии не имеет языковых эквивалентов.

Один из упреков в адрес классических аналитиков содержал в себе обвинение в отсутствии связи изучаемых ими психических структур и процессов с социальным контекстом и с обществом. Аналитиков осуждали за изоляцию от социального контекста и создание экспериментально созданной искусственной ситуации.

Изучению взаимосвязи транскультуральных влияний и психоанализа посвятил свои работы Draguns (1981). Автор обосновывает необходимость использования в психотерапии проблем Эдипального конфликта модели двух осей. Одну из таких осей он называет *эмико-этической.* Термин «эмический» включает в себя культуральный контекст. Так, например, говоря о том, что психическое расстройство возникает в конкретной культуре, мы имеем в виду, культуральную обусловленность симптомов нарушения, называя их при этом эмическими. Понятию «эмический» противопоставляется термин «этический» - универсально применяемый. Речь идет о приблизительно одинаковых проявлениях болезни у представителей разных культур. Если, например, человек заболевает пневмонией, то ее течение у южанина и северянина будет аналогичным.

Схема модели двух осей в психотерапии проблем Эдипального конфликта (Draguns).



Аутопластический полюс отражает проблемы, на которые можно воздействовать изменением себя, своего Я, а аллопластический – проблемы, решение которых невозможно без изменений среды.

В левом верхнем углу расположены проблемы, которые разрешаются путем изменения себя на основе культурально обусловленных идей, а в правом верхнем углу - проблемы, разрешаемые использованием универсально применяемых идей в отношении изменения себя.

Левый нижний угол представлен проблемами, разрешаемыми с помощью идей, связанных с культурой изменения среды, а правый нижний угол - проблемами, разрешаемыми универсально применяемыми идеями в отношении изменения среды.

По мнению Draguns, все проблемы, связанные с Эдипальным конфликтом, следует корригировать с использованием предложенной им схемы психотерапевтического воздействия.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В ПСИХИАТРИИ И ДРУГИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В энциклопедическом словаре Webster (1989) парадигма определяется как «набор форм, все из которых содержат особый элемент». В науке парадигма представляет общепринятую точку зрения на природу рассматриваемых явлений. Специалисты, работающие в любой отрасли и, в данном случае, в области психиатрии, всегда находятся в пределах существования определённой парадигмы. Необходимость проведения любого рода исследования в рамках именно этой парадигмы не вызывает у них сомнений. Более того, у большинства специалистов не возникает вопроса о причине своей принадлежности к существующей парадигме. Эта константа устанавливаются как бы априори, являясь аксиомой, принятой в данном профессиональном сообществе. Работа в такой парадигме предъявляет специалистам требование, касающееся необходимости анализа любых проблем с использованием только тех методов, которые приняты в этой парадигме. Даже вопросы повышения квалификационной компетентности специалистов решаются в рамках действующей парадигмы, ибо она определяет свою же собственную сущность, способы воздействия на своё содержание и запреты на действия, противоречащие условиям её существования. Любая наука, находящаяся «внутри» приемлемой парадигмы, является “нормальной “. При этом сама парадигма определяет методы, используемые для решения поставленных вопросов; необходимость разработки новых направлений; критерии решения проблемы, например, что можно считать выздоровлением в психиатрии. В круг задач, определяемых парадигмой, входит и такая, как возможность и степень решения той или иной проблемы. Проблемы, определяемые парадигмой и входящие в её структуру, признаются всем научным сообществом, принимающим её как основу своей деятельности. Любое отклонение от существующих в парадигме положений непозволительно и может объясняться некомпетентностью или невежеством конкретного специалиста, которому в данной ситуации рекомендуют повысить свою квалификационную компетентность. Если специалист, несмотря на предпринимаемые попытки, продолжает придерживаться взглядов, не укладывающихся в правила парадигмы, это может быть расценено также как следствие таких причин, как его моральная несостоятельность, личностные отклонения, подверженность деструктивным влияниям или даже его психическое нездоровье.

Классическая, ортодоксальная психиатрия находится в рамках парадигмы, центрированной на болезнь, и исходит из положения, что психические нарушения всегда

вызываются специфическими органическими в широком смысле понимания мозговыми заболеваниями. Andrensen в книге "Сломанный мозг: биологическая революция в психиатрии" отмечала тот факт, что основные психические нарушения являются болезнями, к которым нужно относиться также, как к таким медицинским заболеваниям, как диабет, болезни почек, сердца и т.д. Все эти заболевания вызываются, как известно, действием биологических факторов. Поскольку речь идёт о психических заболеваниях, можно сказать, что большинство этих факторов проявляется в мозге. Будучи медицинской дисциплиной, психиатрия старается идентифицировать биологические факторы, вызывающие психические заболевания, и изучить механизмы их влияния. Эта модель исходит из того, что каждый тип болезни имеет присущую именно ему специфическую причину. Лечение психических болезней акцентуирует использование так называемой "соматической" терапии. Поскольку заболевания рассматриваются как биологические по своей природе, терапия предполагается как коррекция лежащего в их основе нарушения биологического дисбаланса. Таким образом, биомедицинская парадигма психиатрии, центрированной на болезнь, провозглашает себя "научной медицинской дисциплиной". Данная парадигма, исходя из своей логики, приводит к заключению, что психические заболевания должны быть одинаковыми во всех обществах, во всех странах, у всех этнических групп и не зависят от культуральных особенностей.

Внутри парадигмы в нисходящем порядке выступают более низкие уровни понятийных структур, называемые моделями, теориями, гипотезами.

Модели представляют собой общие теории, которые объясняют большую часть поля исследований внутри научной дисциплины.

Теории–совокупность обобщённых положений, образующих парадигму и правила, определяющие действия в рамках этой парадигмы.

Гипотезы являются предположениями, используемыми для объяснения каких-либо явлений. Гипотезы требуют подтверждения.

Внутри разработанной парадигмы более низкие структурные уровни должны логически соответствовать более высоким уровням. Таким образом, всё носит продуманный одноплановый характер. Парадигма контролирует суть вопросов, требующих решения, методы, используемые для достижения этой цели и возможные варианты приемлемых ответов.

Иерархия биомедицинской парадигмы психиатрии выглядит следующим образом:

(1) Психические нарушения вызываются специфическими болезнями головного мозга.

(2) Психическое заболевание, например, шизофрения как модель в рамках этой парадигмы рассматривается как психотическое расстройство, вызванное специфическим химическим или биологическим дисбалансом.

(3) Теории, объясняющие причины возникновения болезни, являются биологическими. Например, шизофрения в рамках этой парадигмы связывается с повышенной активностью допаминовых систем. Признаются возможными и такие причины, как нарушение обмена адреналина с возникновением адренохромов, адренолютинов и пр. Всё это находится в рамках биомедицинской парадигмы.

(4) Гипотеза, предполагающая, что психические заболевания имеют одинаковую клиническую картину и течение, а также одинаково диагностируются во всем мире.

Психодинамическая психиатрия отличается от классической психиатрии тем, что она выходит за границы биомедицинской парадигмы и оперирует в рамках разных парадигм. Психические нарушения рассматриваются как состояния, развивающиеся под воздействием множественных факторов, в том числе психологических, социальных, религиозных и культуральных. Влияние этих факторов связывается с другими социопсихологическими факторами риска, влияющими на человека в различные периоды его жизни. Придаётся особое значение анализу особенностей детского и

подросткового периодов жизни с акцентированием внимания на такие параметры, как характер воспитания, наличие и содержание психической травматизации; система взаимоотношений с родителями, сверстниками складывающаяся в эти периоды жизни и предопределяющая в дальнейшем реакции на различные события, стиль поведения, предпочтения и систему ценностей.

Формирование определённых навыков поведения и способов самореализации, складывающихся уже в детском и подростковом возрасте, приводит к тому, что сформированная структура оказывается достаточно ригидной и относительно плохо поддающейся коррекции. Коррекция требует участия в ней специалистов, разбирающихся в психологии, она особенно затруднена по ряду причин, в частности, в связи с продолжением пребывания человека в поле действия тех же социопсихологических и культуральных факторов, которые действовали на него в прошлом. Имеют значение инерционные механизмы. Выбор какого-то нового пути сопряжен с применением определенных усилий, мобилизацией скрытых ресурсов, умением найти новую «точку отсчёта», что, как правило, оказывается достаточно сложным.

В психодинамической психиатрии возникновение психического нарушения рассматривается в рамках концепции, отличной от обычной концепции болезни. Считается, что каждое психическое нарушение имеет своеобразие, отражающее особенности личности в широком смысле этого слова. Значение социопсихологических и культуральных факторов выступает при разных болезнях и нарушениях, в том числе и органических, имеющих различную природу. С ними связана возможность и уровень компенсации, социальная реадаптация и прогноз. Если в этом ракурсе рассмотреть современную диагностику психических заболеваний, можно отметить, что DSM–IV, по сравнению с DSM–III–R, отражает психиатрию, уже менее центрированную на болезнь в узком биомедицинском понимании.

Так, например, в DSM–IV психические заболевания анализируются в качестве феноменов, которые могут быть верифицированы посредством объективного наблюдения. В этом подходе наблюдению придаётся первостепенное значение в качестве средства верификации. Акцентируется надёжность верификации наблюдений и, в то же время, менее учитываются значимость концепций, теорий, которые направляют эти наблюдения.

Течение психических расстройств оказывается неотделимым от семейных отношений, социальных факторов, развитости систем медицинской и социальной помощи.

Парадигма психодинамической психиатрии предполагает, что в новых системных классификациях следует отражать социальные, экологические и культуральные лингвистические факторы. Каждое общество включает свои стандарты, нормы, девиации и патологии в отношении поведения человека, наряду с общечеловеческими значениями.

Отношение того или иного общества к психическому заболеванию также основано на преобладающих традициях и культуральных нормах. Психические заболевания диагностируются и лечатся в соответствии с системой и традициями в области медицины и психиатрии, структурой знаний в области психиатрии.

В настоящее время отмечается феномен исчезающих диагнозов таких, как неврастения и простая форма шизофрении. Эти заболевания выделяются в рамках парадигмы психиатрии, центрированной на болезнь. Поскольку неврастения относится к категории неврозов, подчёркивается её связь с воздействием психогенных факторов. Клинические проявления неврастении включают ряд признаков: утомляемость, головные боли, снижение концентрации внимания, бессонница, эмоциональная лабильность, истощаемость, раздражительность и др. Появление таких признаков наблюдается часто в результате воздействия многих факторов и требует всестороннего анализа в каждом

конкретном случае.

Хотя, в рамках прежней классификации и считается, что причиной неврастении являются психологические факторы, при анализе конкретных случаев развитие тех же признаков практически всегда можно объяснить наличием других, биологических факторов, таких, как, например, артериальная гипо или гипертензия, психоорганический синдром, наличие хронического инфекционного заболевания, последствия интоксикации, эндокринные нарушения и др. Поэтому отнесение неврастении к отдельной нозологии психогенной этиологии неправомерно.

Простая форма шизофрении относится к исчезающим диагнозам также, в частности, потому, что её клиническая картина оказывается недостаточно специфичной и трудно объективизируемой.

Простая форма шизофрении диагностируется на основании установления негативных расстройств. Этот процесс носит достаточно субъективный, зависящий от апперцепции, настроенности на диагноз характер. Кроме того, оказывается, что значимые для диагностики признаки могут быть психогенно обусловлены. Специалистами констатируется неодинаковость описания основного синдрома простой формы шизофрении. Его проявления, по мнению разных авторов, включают в себя эмоционально–волевые расстройства, эмоциональную неадекватность, а с точки зрения Случевского эмоционально–волевое снижение идентифицируется с апато–абулическим синдромом. Ряд практических врачей–психиатров идентифицируют эмоционально–волевое снижение с апато–абулическим состоянием. В связи с этим следует учитывать, что Крепелин, описывая простую форму шизофрении, обращал внимание не только на эмоционально–волевое снижение, но и на наличие эмоциональной неадекватности и избирательности волевого нарушения, что не эквивалентно апато–абулии. Таким образом, если ставить знак равенства между эмоционально–волевыми расстройствами, свойственными шизофрении и апато–абулическим синдромом теряется возможность дифференциации шизофрении с органическими поражениями головного мозга, например, его лобных долей.

У психиатров отсутствуют достаточные критерии количественных оценок выраженности эмоций и воли. Эмоционально–волевые состояния по–разному расцениваются специалистами в связи с трудностями в объективизации. Приходится часто встречаться с ситуацией, когда один психиатр находит у пациента эмоционально–волевое снижение, другой, имеющий ту же квалификацию, не находит этого нарушения. Диагностика этих состояний осложняется наличием частой профессионально обусловленной идентификацией пациента с моделью, описываемой в учебных руководствах, особенно, если между врачом и пациентом отсутствует продуктивный контакт. Отсутствие такого контакта само по себе может быть результатом психологических причин, а не проявлением психопатологии пациента.

Снижение внешней активности–далеко не всегда признак волевого снижения, оно может быть связано со страхом, недоверием, обидой и др. Внешне это может выглядеть как эмоционально–волевое снижение и диагноз простой формы шизофрении в данной ситуации может быть легко поставлен, что , к сожалению, часто и происходит.

Многие случаи диагноза простой формы шизофрении в результате оказываются ошибочными, что приводит к серьёзным отрицательным социальным последствиям для пациентов. В связи с этим диагноз простой формы шизофрении исключён из DSM–IV. Это не значит, что в психиатрии нет состояний, протекающих с эмоционально–волевым снижением в рамках шизофренического процесса, диагностика которого должна быть всегда крайне осторожной. Следует отметить, что *вероятность ошибки при использовании психоциодинамических подходов меньше, чем при использовании стандартных психиатрических методов.*

В психоциодинамической психиатрии не существует «непроходимых» границ между расстройствами невротического и психопатологического уровня. Существует

термин “психические нарушения” (mental disorders), который объединяет невротические и психопатологические феномены, что обусловливается не “игрой” в терминологию, а необходимостью подчеркнуть факт возможного перехода одного состояния в другое. Так, например, пациент может на протяжении определённого времени “продуцировать” невротические симптомы, которые в последствии могут перейти в другие, более глубокие психические нарушения.

Многие ортодоксальные психиатры считают, что если, например, в более ранний период времени, предшествующий госпитализации пациента, у него было диагностировано невротическое нарушение, а в момент обследования проявляются психопатологические симптомы, это является следствием ошибочной диагностики.

Появление новой, свойственной психоциодинамической психиатрии, парадигмы произошло не сразу. Этому процессу предшествовало накопление фактов, не укладывающихся в биомедицинскую парадигму.

Осознание аномалии может быть началом определённого открытия, которое предполагает проведение исследований в рамках изучения аномалий. Эти исследования могут идти по двум направлениям: или аномалию приспосабливают к существующей парадигме, или, если это не удаётся, рассматривают полученные явления как интересные, курьёзные, но совершенно случайные вещи. В противном случае, сама парадигма оказывается под угрозой.

Необходимо учитывать ригидность парадигмы, невозможность перемены в её структуре, или замены её компонентами другой парадигмы. Следует помнить, что изучение аномалий открывает новую перспективу видения и новые возможности. Осознание аномалий способствует созданию новых парадигм, так как прежняя способна лишь поверхностно приспосабливаться к новой информации и объективно препятствует развитию принципиально новых подходов.

Специалистам необходимо концептуальное признание новой парадигмы, что может сопровождаться необходимостью применять другие методы, подходы и развивать по–существу новую отрасль знаний. При таком подходе специалисты могут встретиться с психологическими трудностями, обусловленными столкновением с непривычными для них явлениями. Более того, нельзя сбрасывать со счетов инерцию мышления, при которой специалист привык думать в рамках определённой, диктуемой парадигмой, схемы, особенно, если он находится под влиянием мнений авторитетов, “солидных” руководств, успехов, связанных с применением парадигмы в прошлом. Процесс творческого осознания аномалии требует усилий и времени и зависит от разных причин, таких, как, например, возраст специалистов, или их личностные особенности. Нельзя забывать, что парадигма определяет саму схему научного мышления, как бы контролирует его направленность. Человек с большей вероятностью видит в рассматриваемом явлении то, что он ожидает увидеть и на что он настроен заранее. Поэтому некоторые, казалось бы очевидные и само собой разумеющиеся явления трудно воспринимаются и трудно осознаются. В процессе распознания и осознания аномалии опасно стремление приспособить её к существующим, привычным схемам, в результате чего теряется основной смысл осознаваемого. Иногда процесс осознания оказывается невозможным в связи с “возникновением угрозы” привычной парадигме, что воспринимается как покушение на табу, проявление «ереси». Эти механизмы мешают развитию науки, создают условия для консервативной ригидности в плане приверженности к определённой парадигме.

Несмотря на это, следует помнить о том, что к существующим парадигмам не следует относиться односторонне отрицательно. Парадигмы необходимы, они, безусловно, полезны для развития науки, хотя бы потому, что сами аномалии возникают по отношению к чему–то, а не на пустом месте, они “отталкиваются” от основы, являющейся базой для существования определённой парадигмы .

Повторяющиеся или существующие длительное время аномалии, наблюдаемые

разными специалистами, проникают достаточно глубоко в сознание людей. Если какая–то область знаний, “работающая “ в рамках существующей парадигмы, находится под длительным влиянием аномалий и последние не могут быть поняты в её рамках возникает кризис парадигмы.

Кризис возникает тогда, когда проблема, казавшаяся ранее разрешённой, например, признание шизофрении мозговым заболеванием с органической природой, в действительности оказывается хронически не разрешаемой. Такая ситуация приводит к тому, что стремление доказать правильность парадигмы усиливается, при этом желаемое может выдаваться за действительное. Любая наука основывается на положении, при котором факты должны соответствовать определённой теории. Факты должны подтверждать теорию, а не противоречить ей. Поэтому критическое отношение к теории в соответствии с её соотнесением к тем или иным фактам является очень важным в плане сравнения наличия соответствий или противоречий между ними. Если такого сравнения не происходит, возникает неадекватная ситуация, заключающаяся в том, что при молчаливом несогласии специалиста с выявленным несоответствием, это несоответствие может длиться достаточно долго. В случае же повторения диагностированных группой специалистов несоответствий возникает необходимость изменения теории парадигмы. Это положение подтверждается примером, связанным с научным поиском доказательств органической природы шизофрении. Несмотря на явное фиаско проведённых мероприятий, это явление повлекло за собой усиление интереса специалистов к изучаемой проблеме, что расценивается как положительный момент. Этот факт стимулировал развитие биологических исследований, имеющих несомненное значение для психиатрии, но, тем не менее, задача оказалась неразрешённой.

Интерес к этой проблеме в мире постепенно уменьшился, хотя в прежнем СССР в институте психиатрии АМН эти исследования с использованием электронной микроскопии продолжались в течение длительного времени. Кризис парадигмы влечёт за собой переход к другой парадигме, которая может сосуществовать с прежней или заменить её. Смену парадигм в психиатрии отражает динамика классификации DSM между 1952 и 1993гг.

Первичная причина, обусловливающая необходимость классифицирования психических заболеваний, была связана с необходимостью сбора статистической информации для решения определённых задач.

Опубликованная в 1952г. DSM–I основывалась, главным образом, на *биопсихосоциальной парадигме*, которая исторически связана с именем A.Meyer'a (1866–1950). Впервые в психиатрии появляется термин “реакция”. В существующей парадигме доминировала точка зрения, свидетельствующая о том, что любое психическое нарушение является реакцией личности на воздействие биологических, психологических или социальных факторов. Таким образом, классификационная система по своей структуре была не столько описательной, сколько этиологической, так как акцент был сделан на этиологию заболевания. Диагностические категории основывались на причинном факторе в большей степени, чем на проявлениях болезни. Исследователь теории современной психиатрии Wilson (1993), занимаясь биопсихосоциальной парадигмой, отмечал, что существующая граница между психически здоровым и психически больным человеком не является достаточно чёткой, так как “нормальные” люди могут легко стать больными, если подвергнутся тяжёлому травматическому воздействию. В связи с этим Wilson выстраивает линию «нарастающей тяжести», включающую в себя: норму–невроз–пограничное состояние (в существующем в то время контексте диагностики) и психоз. Исследователь также подчёркивал значимость в развитии психического расстройства раздельного и комбинированного влияния различных вредных факторов среды и психологических конфликтов, обращая особое внимание на необходимость учёта психологических факторов в психогенезе расстройства. В биопсихосоциальной парадигме в рамках DSM–I психические

нарушения определяются автором не столько как дискретные явления, а, в большей степени, как общий психопатологический процесс, имеющий разную степень выраженности.

Обращение внимания исследователей на значимость в развитии патологии психогенных причин привело их к определённым выводам, касающимся терапии психических расстройств. Признавался факт необходимости использования в лечении не только биомедицинских методов, но и психологических.

DSM–II, опубликованная в 1968г., чрезвычайно напоминала DSM–I с той разницей, что ней отсутствовал термин “ реакция”. Это положение было связано с большим акцентированием внимания на значение в развитии психических расстройств не психологических и социальных, а биомедицинских факторов, т.е. на *биомедицинской парадигме*.

Возрастание популярности биомедицинской парадигмы обусловливалось появлением психофармакологических лекарств и эффективной терапии маниакальных состояний солями лития. Произошёл сдвиг парадигмы по направлению центрирования на болезнь, увеличилось количество биологически ориентированных психиатров.

В 1980г была опубликована DSM–III, отличающаяся от предшествующих классификаций тем, что она представляла кульминацию сдвига парадигмы к психиатрии, центрированной на болезнь. В DSM–III–R доминируют психические расстройства, основанные на мозговых заболеваниях. По мнению Spitzer (1991), основной стратегической целью DSM–III является “защита” медицинской модели в её применении к психиатрическим проблемам. Центрированность на биомедицинскую парадигму сохранилась в DSM–III–R В 1995г. Fleck обратил внимание на то, что во главу угла новых классификаций была поставлена психиатрия, центрированная на болезнь, по сравнению с центрированными на психологические факторы DSM–I и DSM–II, базирующимися на психодинамической парадигме. Автор расценивает этот факт как выражение дегуманистической тенденции в американской психиатрии.

В новой парадигме существовало мнение о том, что мозг представляет собой “непластичное” образование, неспособное существенно изменять свою функцию в результате воздействия на организм психологических факторов. Этим утверждением снижалась значимость психологического лечения. Биомедицинская парадигма повлияла на особенности подготовки психиатров в США в период 70–80гг. с основной ориентацией на использование психотропных препаратов и электросудорожной терапии, как основных методов лечения. Считалось, что определённая анормальность мозга эквивалентна его специфическому болезненному состоянию. Необходимо прежде всего локализовать патологию, так как отдельное психическое нарушение связано со свойственным только ему специфическим органическим мозговым нарушением. В связи с этим перед специалистами стояла задача как можно точнее описать патологию, а позже исследовать анатомию и физиологию явления для точной диагностики болезненного мозгового процесса, отвечающего за выявленный вид нарушений. Заключительный этап включал в себя необходимое биомедицинское лечение.

Таким образом, первым шагом в реализации поставленной задачи было точное описание психического расстройства и соотнесение его с классификацией. Фактически нарушения классифицировались по описанию признаков, этиологические факторы сводились к биологическим. Таким образом, психиатрия начала утрачивать подходы, ориентированные на конкретного человека, так как не предпринималось попыток рассмотреть психические расстройства в связи с особенностями личности и социокультурными условиями.

В DSM–III–R (1987) устанавливался перечень признаков, на основании которого мог быть поставлен “нозологический” диагноз. Психические заболевания, перечисленные в DSM–III–R, были фактически разделены на отдельные нарушения, каждое из которых имело свой набор признаков. В этом содержится основное

противоречие DSM–III–R, так как не существует доказательства того, что каждое из приводимых нарушений основано на наличии отдельных мозговых заболеваний. Здесь присутствует гипотетическое положение о том, что со временем эти мозговые патологии будут установлены.

DSM–IV, опубликованная в 1993г., явилась началом изменения существующей парадигмы. К причинам, повлекшим за собой изменение теории, относятся неудовлетворительные результаты проведённых исследований, пытающихся доказать наличие взаимосвязи специфических мозговых заболеваний с психическими нарушениями, описанными в классификации DSM–III–R. Более того, DSM–IV предлагает учитывать тот факт, что диагностируемая мозговая патология может быть не только причиной, но и следствием психических нарушений.

Следует отметить факт обнаружения различными исследователями связи определённой патологии головного мозга и биохимических нарушений у некоторых лиц, страдающих шизофренией. Это касается выявленных у таких больных увеличения вентрикулярной системы и изменения активности допаминовой системы. Тем не менее, никаких специфических мозговых заболеваний, могущих быть расцененными в качестве причины шизофренических симптомов, не обнаружено. То есть, возможна диагностика увеличенных желудочков без выявления шизофрении и наоборот. Более того, у лиц, страдающих шизофренией, эта аномалия может и не встречаться. Поэтому диагноз шизофрении в DSM–IV основывается только на наличии психопатологических признаков. Следовательно, дискретные психические нарушения не могут быть основой дискретных мозговых заболеваний и наоборот.

В противоположность психиатрии, центрированной на болезнь, в рамках подхода лежащего в основе DSM–III–R , в DSM–IV акцент делается на *психиатрически–антропологическом подходе*, центрированном на конкретного человека, с учётом значимости психологических, социальных и культурных факторов. Эти факторы, по всей вероятности, найдут своё большее отражение в последующих классификациях, которые будут, по–видимому, отрицать наличие новой парадигмы в диагностической системе. Новая классификация разрабатывается с учётом развития транскультуральной психиатрии, области, не нашедшей отражения в DSM–IV.

В связи с этим следует обратить внимание на то, что в последнее время произошло *изменение самой концепции культуры*. В 1950–1970гг. культура понималась как присущая обществу и разделяемая большинством его членов система ценностей, верований, отношения к здоровью, болезни, к лечению, к собственному «Я». Такой подход к культуре содержал в себе тот существенный недостаток, что оперировал поверхностным стереотипом обобщений, например, «это типичная характерологическая черта индейцев», или «такая форма употребления алкоголя свойственна ирландцам». В настоящее время считается, что культура включает в себя и в свою очередь создает систему каждодневного опыта: способ коммуникации, принятости в поведении и в системе ценностей, ритуалы социальной жизни. Культура отражается в языке, религии, эстетике и проявляется не только в индивидуальном сознании, но и в особенностях функционирования семьи, производственных отношениях, способах проведения свободного времени, развлечениях.

Такая концепция культуры выходит за пределы прежних транскультуральных исследований проявлений психических нарушений в отдельных этнических группах (шизофрения в странах центральной Африки, эпилепсия в Танзании и др.) Культура влияет на диагностическое мышление психиатров, концепция болезни отражает социокультуральные влияния. Так, например, в США феномен диссоциации в ряде случаев диагностируется как нарушение личностной идентичности или множественное личностное расстройство. В то же время в Индии диссоциация обычно расценивается как овладение духами или же как медитационное состояние.

Различная диагностика состояний диссоциации в США и Индии отражает различие эгоцентрической и социоцентрической культур, а также влияние на менталитет американских психиатров работ Пьера Жане и Вильяма Джэймса.

Примером социокультуральных влияний является anorexia nervosa. Это состояние диагностируется в европейских странах, США, Канаде,–обществах, где стройность тела оценивается положительно. В то же время на Тайване, в Японии anorexia nervosa практически не диагностируется.

То же самое касается структуры большой депрессии. Главным симптомом её в западных странах является, как известно, эмоция грусти, тоски. Однако во многих странах лица с большой депрессией не жалуются на грусть, а жалуются на усталость, бессонницу, головные боли. Для них депрессия выражается во многом в физических симптомах, и в результате они первично обращаются не к психиатру, а к врачу терапевту или невропатологу. Такая соматизация депрессии особенно характерна для восточных культур.

Таким образом, *социокультурная парадигма* постоянно присутствует в работе психиатра. Жалобы каждого пациента отражают интерпретацию его переживаний, основанную на культуральных категориях. Психиатр также находится под влиянием таких культуральных факторов как, например, требования учреждения, ситуации, в которой он работает: психиатрическое консультирование, работа в трудовой экспертной комиссии, судебно–психиатрическая экспертиза, психотерапевтическое отделение и др. Социальный контекст оказывает постоянное влияние на диагностические подходы.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ JUNG'A

Отличия классического психоанализа Freud'a от аналитической психологии Jung'a

Классический психоанализ Freud'a и аналитическая психология Jung'a рассматриваются рядом специалистов как две мало связанные друг с другом теории. Более того, аналитики, которые работают в области психоанализа, отрицательно относятся к аналитической психологии и, наоборот, приверженцы аналитической психологии не проявляют большой симпатии по отношению к психоанализу. Практика показывает, что, несмотря на наличие подобной контроверсии (противоречия), эти два серьезных направления могут успешно сосуществовать и дополнять друг друга в психологии личности. В ряде случаев для того, чтобы объяснить какое-то состояние, продуктивно использовать знания и классического психоанализа и аналитической психологии.

Основное отличие классического психоанализа от аналитической психологии заключается в принципах структуризации психической деятельности. В психоанализе выделяется три основные сферы психики: id, ego, superego, и иногда - сфера пресознания. Разные авторы делают акцент на необходимости исследования разных сфер психики.

В аналитической психологии кроме вышеназванных, выделяется еще одна сфера психической деятельности, названная Jung'ом коллективным бессознательным. Следуя топографической модели психики, предложенной классическим психоанализом, коллективное бессознательное занимает самую низкую ступеньку. Таким образом, id, ego и superego «покоятся» на сфере коллективного бессознательного. Ни в классическом психоанализе, ни в направлениях, которые придерживаются его принципов, нет упоминания о коллективном бессознательном, поскольку оно напрямую или косвенно отрицается ими.

Несмотря на то, что аналитические психологи не отрицают факта существования id, ego и superego, этими компонентами психической структуры они практически не занимаются. Значение superego не отрицается, но внимание на нем не акцентируется. В большинстве работ по аналитической психологии нет упоминания о superego, а ссылки на значение ego сравнительно редки.

Jung описывал ego как аспект личности, который, в целом, представляет сознание. Ничто не может стать сознательным, не пройдя через ego, социально значимое для чувства социальной идентичности. Ego Jung называл стражем сознания, стоящим на его вратах, и центром воли, позволяющим человеку достигать поставленной цели. Тем не менее, автор отмечал наличие определённых ограничений для силы воли, связанных с ограниченностью сознания.

Ego–только часть личности, но не её центр. Многие люди идентифицируют себя слишком сильно со своим сознанием, со своими сознательными мотивациями, переживаниями, интенциями, что приводит к нарушению баланса, психологическому дискомфорту. Возникает психологическая *инфляция* ego, выражающаяся в том, что человек слишком много думает о себе, слишком много берёт на себя, будучи уверенным в том, что его ego представляет структуру особой важности.

Придание слишком большого значения сознательной стороне жизни вызывает состояние эмоционального напряжения. С этим связано возникновение в зрелом возрасте экзистенциальных кризисов, когда, наконец, начинает пониматься ограниченность сознания. Часто такие кризисы провоцируются психологической травмой, фрустрацией. Например, стремление человека сделать карьеру потерпело крах и ему кажется, что он «не в состоянии это пережить», так как никакой альтернативной цели у него нет. Возникает экзистенциальный кризис, связанный с потерей смысла жизни.

В то же время психологическая инфляция может быть обусловлена с переоценкой человеком своего бессознательного. Так рождаются мистики, медиумы, спиритуалисты, страдающие этим видом дисбаланса. «Лекарство» для каждого типа психической инфляции–индивидуация, включающая в себя нахождение баланса между сознанием и бессознательным.

Основной акцент в теории Jung'a делается на сфере коллективного бессознательного. Выделение сферы коллективного бессознательного, с точки зрения многих специалистов, является спорным. Термин «коллективное» говорит о принадлежности ко всем людям. Термин «индивидуальное бессознательное», в плане его противопоставления коллективному, в классическом психоанализе не используется.

В аналитической психологии речь идет и об индивидуальном и о коллективном бессознательном. Таким образом, по мнению аналитически ориентированных психологов, индивидуальное бессознательное покоится на еще более глубоком коллективном бессознательном, которое свойственно всему человечеству и принципиально мало или вообще не отличается у разных людей. Коллективное бессознательное человек наследует «генетически». Оно связано с генетической памятью и предрасполагает к определенному типу психологического реагирования. Основной акцент в аналитической психологии делается на том, что происходит именно в коллективном бессознательном. Метафорически оно может быть сравнимо с образом океана из фильма С.Лема «Солярис», в котором океан рождает дома, предметы, отношения, и пр. Буквально все вырастает из коллективного бессознательного.

Индивидуальное бессознательное имеет ряд уровней, один из которых – пресознание. Его материалы легко вводятся в сознание, например, в процессе психотерапии, когда можно реплицировать (повторить) то, что когда-то происходило, но в последствии было забыто. Человек может вспомнить что-то во время сна и снова забыть, еще раз вспомнить и еще раз забыть, и эксплуатировать так свою память бесконечное число раз. Даже очень ранний период жизни (до 2, 5 - летнего возраста) может быть реплицирован, выведен на уровень осознания и отреагирован не словами, а

соматическими и вегетативными реакциями. С коллективным бессознательным, в отличие от индивидуального бессознательного, сделать это невозможно. Нельзя осознать «содержания» коллективного бессознательного и вспомнить то, что находится вне нашего индивидуального опыта. Невозможно вывести на уровень осознания полученные по наследству генетические «содержания». Возникает правомерный вопрос: каким образом можно прикоснуться к нему?

С точки зрения аналитической психологии, жизнь человека, его эмоции, действия, мотивации и пр. энергизируются и направляются коллективным бессознательным, но, в отличие от индивидуального бессознательного, эти процессы не осознаются. Человек принимает решения, выстраивает систему взглядов, потребностей, ценностных ориентаций, понятных для него на рациональном уровне. При этом он не осознает, что за этим стоит энергетический очаг, находящийся в топографической глубине и навязывающий ему алгоритмы, по которым формируются психические процессы и состояния.

Проявлением некоторых психических нарушений является возникающее чувство, что то, что человек воспринимает, чувствует и делает, происходит не по его воле, а связано с воздействием какой – то силы, которая им управляет и заставляет его воспринимать и переживать ситуации, производить какие-то действия именно так, а не иначе. С точки зрения аналитической психологии, чувство сделанности является отражением влияния коллективного бессознательного на то, как человек воспринимает, чувствует и осознает происходящее.

Таким образом, *несмотря на то, что коллективное бессознательное скрыто в глубинах психики, и к нему нельзя прикоснуться напрямую, тем не менее, оно оказывает на человека значительное влияние на протяжении всей его сознательной жизни. В этом постулате заключается основное отличие аналитической психологии от классического психоанализа.*

Под влиянием ряда ситуаций коллективное бессознательное может активизироваться. В случае достаточной выраженности этой активации, влияние коллективного бессознательного на психику приобретает разрушительный характер. Используя терминологию классического психоанализа, можно говорить о деструктивном действии коллективного бессознательного на ego, которое утрачивает способность выполнять как прежде, присущую ему адаптивную функцию, обеспечивая связь с реальностью.

Взаимодействуя с индивидуальным бессознательным, ego справляется с импульсами, идущими из этой части психической структуры, подавляет драйвы, откладывает их реализацию, «забывает» о них или подвергает сублимации.

Superego может подавить драйв, исключить его из реализации как неприемлемый с точки зрения морали.

В случае усиления влияния на психику энергии коллективного бессознательного, ни ego, ни superego не могут справиться с его импульсами. Они оказываются беззащитными перед энергией коллективного бессознательного, содержания которого вторгаются в психику, и вызывают ее дезинтеграцию. Происходит разрыв между поведением и реальностью. Человек начинает совершать неадекватные, невообразимые, необоснованные, нерациональные поступки, высказывать нелогичные мысли. Он может испытывать необычные, новые эмоциональные состояния, которые по содержанию отличаются от всех тех, что он переживал раньше.

Возможно возникновение имиджей в виде галлюцинаций, содержание которых нереалистично, фантастично, а иногда и невербализуемо.

Речевая продукция становится бессвязной, нелогичной и разорванной. Таким образом, в психике людей, испытывающих на себе влияние актуализированного коллективного бессознательного, происходят серьезные нарушения, которые могут иметь трудно обратимые или необратимые последствия.

Влияние коллективного бессознательного на эмоциональную жизнь может проявляться в возникновении необычных, полюсных, противоположных друг другу эмоций. Очень сильные эмоции радости и счастья сменяются через какое-то время столь же выраженными эмоциями подавленности, тоски и ужаса.

Активизация коллективного бессознательного способна разрушить сознание. Усиление влияния коллективного бессознательного приводит к тому, что Jung называл «снижением психического уровня». Такое снижение может быть вызвано рядом экзогенных патогенных факторов, а также происходить по эндогенным механизмам. Так, например, у детей на фоне повышения температуры при инфекционных заболеваниях возможности ego и superego снижаются, нарушается сознательный контроль ego-функционирования. Ослабление функций ego приводит к снижению психического уровня, нарушению психического равновесия, активизации индивидуального бессознательного, которая «тянет за собой» активизацию коллективного бессознательного. Энергия коллективного бессознательного начинает заполнять индивидуальное бессознательное, а затем прорывается в сферу сознания. Это проявляется в том, что детям начинает что-то мерещиться, их беспокоят страхи, какие-то неясные образы, иллюзорное восприятие различных предметов и т. д. Такое измененное состояние сознания носит временный характер и по мере улучшения соматического состояния полностью исчезает.

У определенной группы лиц имеет место предрасположенность к возникновению состояний сниженного психического уровня без всяких экзогенных провокаций спонтанно в различном возрасте. С точки зрения аналитической психологии, это свидетельствует о достаточно сильной исходной активности зоны коллективного бессознательного.

Короленко с соавт. (1975) выделен тип людей с *височной акцентуацией.* Wiklund (1975) близкие к этому состояния называет «комплексом Икара». У носителей такого комплекса коллективное бессознательное постоянно активизировано, что физиологически связано с усилением функционирования древнего мозга-палеокортекса. Особенностями лиц с височной акцентуацией является постоянное стремление к различным видам творчества. Для них характерна яркость восприятия окружающего мира, включающая в себя интенсивное использование вкуса и особенно обоняния, поскольку целый мир их переживаний связан с запахами. Ощущение определенного запаха сопровождается наплывом ярких воспоминаний, представлений, эмоций. Для них характерна повышенная сенситивность к запахам, способность различать их сильнее и дифференцированнее, по сравнению с окружающими. Лица с височной акцентуацией обладают способностью к ярким, цветным сновидениям, которые иногда воспринимаются как реальность. По прошествии некоторого времени они не могут отдифференцировать пережитое сновидение от реальности. Для них характерны ощущения полета во сне; сны фантастического содержания с определенной структурой, в которых появляются некие ирреальные, часто повторяющиеся образы или содержания. У височных акцентуантов хорошо развито интуитивное восприятие действительности, а также предчувствия, которые часто сбываются. Типичны необычные ощущения, возникающие при созерцании огня, камина с горящими поленьями, костра, звездного неба, которые могут вызывать у них необычное состояние экстаза и замирания с возможным непроизвольным мочеиспусканием.

Таким образом, «умеренная» активизация коллективного бессознательного предрасполагает к возникновению определенных психических феноменов. Эти лица в целом психически интегрированы. Периодически у них может затрудняться адаптация, в связи, например, с их нежеланием появляться в обществе, трудно преодолимым стремлением побыть наедине с собой, с природой, отвлечься от лишних раздражителей, от общения с людьми. В случае дальнейшего усиления влияния активизации влияния коллективного бессознательного появляется риск развития патологического, неинтегрированного состояния.

Психология комплексов

Jung обозначил развиваемое им направление как аналитическая психология. Помимо этого названия существует и другое - психология комплексов. В нем основное значение придается понятию *комплекс,* подробно описанному в классическом психоанализе Freud'а. Понимание комплекса Jung'ом несколько иное. Он определял комплекс как психическую единицу, находящуюся вне контроля сознания. Согласно Freud'у, комплекс возникает при вытеснении из сознания идей, чувств, ассоциаций, связанных с переживанием. По мнению Jung'а, комплекс - это не только вытесненный из сознания материал. Он может быть первичным, появившимся в сознании по каким-то врожденным генетическим механизмам. Комплекс отщеплен от сознания и «ведет» отдельное сепаратное существование в темном царстве бессознательного. Комплекс по Jung'у всегда находится «в состоянии готовности» воспрепятствовать или, наоборот, усилить сознательное функционирование. Комплекс – это чувствительное образование, манипулятивная сила которого никогда не поддается полностью контролю. С подобным проявлением комплекса специалисты встречаются во время психоанализа, когда у пациента внезапно меняется состояние по причине прорыва комплекса в сознание, оттеснения ego на периферию психической структуры и полного захвата контроля над личностью.

Freud рассматривает комплексы как образования, которые перманентно присутствовали в сознании и впоследствии были вытеснены, подавлены и забыты. Этим определением автор и ограничивает сферу трактовки комплекса. По мнению Jung'а, в комплексах содержится ядерный, осевой элемент, содержание которого никогда не может быть полностью раскрыто потому, что его источники и корни лежат в коллективном бессознательном. Именно с этим связана невероятная сила комплекса. Комплекс можно разобрать послойно как луковицу, добраться до середины, которая уходит в бесконечность, поэтому понять и истолковать его суть полностью оказывается невозможным. Комплекс по природе автономен. По Jung'у, он связан единой, незримой паутиной со многими ассоциациями и имиджами, которые отражают личную историю человека и как бы группируются вокруг этого стержневого элемента. Комплексы могут быть связаны с образами матери, отца, с самооценкой, с деньгами, различными мотивациями и пр.

Сердцевина комплекса представляет собой замкнутую систему с положительной или отрицательной энергией. Комплекс может быть связан как с положительными, так и с отрицательными чувствами. Он задействуется различными стимулами, просмотром кинофильма, появлением какой-то мысли. Пробудившийся комплекс начинает доминировать над всей личностью. Казалось бы, безобидное, на первый взгляд, слово может спровоцировать актуализацию комплекса.

Известно, что при нарративной коммуникативной психотерапии во время рассказа активизируется бессознательное, что может оказывать сильное влияние на оживление комплекса. При этом ego переходит в пассивное состояние и человек становится непохожим на себя. В его поведении появляются черты другой личности.

Например, при проведении психотерапии у лиц с пограничным личностным расстройством вдруг пробуждается комплекс, связанный с содержанием импульсивности. Человек меняется на глазах, демонстрирует абсолютно иную систему ценностей и взглядов. Проявление комплекса похоже на синдром овладения, при котором человек чувствует, что им овладела какая-то чуждая ему сила, начинающая им руководить. При этом пациент отмечает, что его поступки – это вовсе не его действия. Они обусловлены влиянием какой-то, управляющей изнутри силы, энергии, сущности и т. д. Он может, например, объяснить возникшее чувство ненависти по отношению к кому-то тем, что это не его эмоция, а чужая, неконтролируемая им. Эта эмоция отражает наличие силы,

которая «внедрилась» в него. Некоторые, связанные с культурой психические расстройства у представителей различных этносов интерпретируются ими как овладение каким-то духом/духами.

Проявления комплекса связаны с активизацией бессознательной части психики, которая вызывает психический хаос из-за нарушения функционирования ego и отрыва от реальности. Утверждение, что у всех людей присутствуют комплексы, правильно. По мнению Jung'a, комплексы, в большей или меньшей степени, определяют поведение человека в каких-то ситуациях, что может быть полезным или вредным.

Существуют *положительные и отрицательные комплексы.* Последние свидетельствуют о том, что в бессознательном существует нечто, не соответствующее ego - идеалу, что не нашло разрешения и вызывает конфликт.

В то же время, комплексы могут стимулировать творчество и стремление к достижению. Они подчеркивают наличие в индивидуальном бессознательном очень чувствительного и неинтегрированного материала. На основании многочисленных наблюдений, Jung пришел к заключению, что без комплексов психическая активность пришла бы в состояние пата и полного штиля. Мотивации, интенции, побуждения и всевозможные устремления отсутствовали бы. Исчезли бы стимулы к осуществлению любого вида деятельности с развитием полной апатии.

Комплексы создают психическую жизнь, они вызывают напряжение, что стимулирует различные аспекты индивидуальной психики.

Чтобы лучше понять динамику и витальную силу комплекса, Jung подчеркивает необходимость лучше всмотреться в архетипную, мифическую сердцевину бессознательного, поскольку изначально все комплексы первичны и архетипны. Они приводят к повторяющимся во многих поколениях определенным паттернам поведения. Люди в ряде ситуаций ведут себя именно так, а не по-другому и это передается из поколения в поколение, что является прямым выражением архетипов, скрытых в глубоких сферах бессознательной деятельности.

Безусловный интерес вызывает вопрос, в какой степени можно профилактировать негативные комплексы, чтобы нейтрализовать присущую им эмоциональную боль, скорбь и т.д. Важно осознание того, насколько это возможно в каждом конкретном случае. Процесс осознания помогает достаточно эффективно справляться со многими комплексами, находящимися в бессознательном. Эмпатизировать, рефлексировать скрытые «части» себя трудно, но в принципе возможно. Необходимо развивать в себе эмпатию к обычно еле уловимому влиянию отщепленных частей себя. Умение признать их внутреннее присутствие поможет стать относительно свободным от их управляющего воздействия.

Freud'y принадлежит известное выражение о том, что сновидения являются королевской дорогой к бессознательному. Jung отводит эту роль не сновидениям, а комплексам. Они могут проявлять себя круглосуточно, действовать постоянно в разных состояниях: во сне, во время бодрствования, в состоянии сна без сновидений. Упоминание таких слов, как отец, мать, любовь, смерть, деньги, и т. д. может «запустить» активизацию комплекса и массу воспоминаний, которые находятся в кластерах вокруг их безличностных, архетипных сердцевин. Когда это происходит, комплекс взрывается сильными эмоциями, настроениями и генерирует разные способы поведения автономного независимого опыта.

Наличие обычной информации и знания о том, что комплекс существует и может безраздельно завладеть психикой еще недостаточно для установления контроля над ним. Психологическая боль, которую вызывает комплекс, будет продолжаться до тех пор, пока человек постоянным усилием воли не раздробит его на отдельные фрагменты, не рассеет его взрывную энергию посредством понимания и осознания на более высоком рациональном уровне.

Таким образом, наиболее эффективным психотерапевтическим средством является активная эмпатия и рефлексия всех сенситивных зон психики. Некоторые авторы, например, Pascal (1992) предлагают не просто эмпатизировать комплексы, а «разговаривать» и «договариваться» с ними как с реально существующими живыми людьми, и в этом есть определенный смысл. Никто не сможет сделать это лучше, чем хозяин комплекса, обладающий умением разобраться в себе. Чтобы такой диалог мог состояться, необходимо развитое воображение и включение доли «ядерного безумия».

Иногда трансформация и избавление от определенных комплексов происходит путем вырастания и перерастания их. У человека появляются более зрелые интересы, которые делают комплексы менее актуальными.

Например, комплекс отца или матери перестает оказывать сильное влияние на человека по мере становления его личностной зрелости и ослабления или исчезновения детской зависимости от родителей. Обладатель такого комплекса становится более независимым, хотя влияние комплекса продолжает иметь место в ослабленном виде. Таким образом, взросление, интенсивное обучение психологии, самореализация и самоактуализация способствуют ослаблению комплексов. Примером утраты действия комплекса служит фрагмент сказки Л. Кэрролла «Алиса в стране чудес». Когда девочку преследовала армия карт, она остановилась и закричала, что они не представляют собой ничего, кроме колоды карт. Замечания героини нейтрализовали силу влияния, которую карты имели над ней.

Отрицательный комплекс может быть разрешен развитием внутреннего дистанцирования в процессе, например, медитации. Выход на более высокий уровень сознания обеспечивает более перспективную позицию. Одни комплексы человек может перерасти, а другие так и остаются болезненными рубцами в бессознательном. Для полного избавления от них необходим постоянный тренинг исцеляющей эмпатии.

В процессе мягкого диалога с комплексами устраняются отрицательное отношение к себе и чувство вины. Нужно понимать, что пока комплексы находятся в глубине психики, они недосягаемы влиянию сознания и силы воли, поэтому они могут даже усиливаться, привлекать материалы из текущего опыта и кладовых памяти и наращивать энергию и силу.

Например, чтобы избавиться от беспокоящего человека страха высоты, необходимо подключить ego к его осознанию.

Для эффективной проработки комплексов нужно использовать четыре основные психологические функции: мышление, чувства, ощущение и интуицию. Важно понимать, что архетипная мифическая сердцевина комплекса может быть отделена от личностной, связанной с индивидуальным опытом и личными воспоминаниями, которые «наросли» на эту сердцевину.

Чрезмерная идеализация своих возможностей приводит к отрыву от реальности и напоминает миф об Икаре, который взлетел слишком высоко над солнцем, крылья его растворились, он упал и разбился. В стремлении работать с комплексами рекомендуется не забывать о действительности и быть реалистичным.

Специалисты, работающие в русле аналитической психологии, рекомендуют пациенту обозначить в воображении комплекс как отдельные субличности и «договариваться» с каждой из них конкретно. Для этого необходимо иметь развитое активное воображение. Можно выделить в себе какие-то особенности, связанные с комплексами, что непременно приведет к трансформации негативных комплексов.

Комплексы сами по себе являются слепыми, бессознательными силами, «субличностями», поэтому их, по мнению юнгианцев, нужно «образовывать», чтобы они изменялись как живые существа. В процессе такой работы в качестве «наглядного пособия» часто используется рассказ Ч.Диккенса «Рождественская песня», в котором хорошо описана трансформация эгоцентрического комплекса у Скруджа в момент его диалога с Духами Рождества, прошлого, настоящего и будущего. Эти Духи были ни чем

иным, как отдельными аспектами его собственной психики, которые заботились о нем и поддерживали с ним контакт. Именно этим бессознательным духовным силам удалось предоставить герою возможность посредством задействования ego и всех четырех психических функций изменить комплекс, что позволило ему оценить ситуацию с другой точки зрения.

Существует большое количество названий положительных и отрицательных комплексов. Американские аналитические психологи чаще всего выделяют комплекс Скаута, Пионера, Быка в фарфоровой лавке (в России - слона в посудной лавке), комплекс Мученика, Спасителя, Питера Пэна - неисправимого оптимиста, комплекс Бульдозера. Мощные архетипные фигуры комплексов заставляют человека часто действовать неуправляемым, нежелательным, неподвластным образом, что приводит к импульсивному поведению. Если человек не обладает способностью сделать выбор и действует по схеме комплекса, это носит болезненный характер, который необходимо корригировать. Если он ненавидит, относится к кому-то неадекватно, то сможет разобраться в истинных причинах такого отношения только тогда, когда осознает природу комплекса и его происхождение. Только тогда причины могут быть ликвидированы, отношения изменятся и станут более адекватными и ровными.

Использование такого защитного механизма, как проекция позволяет проецировать свой собственный комплекс на других людей. Один человек ненавидит другого и не понимает, что он отвергает в другом часть самого себя, спроецированную на него. Проекция может и соответствовать реальному содержанию, но, прежде всего, следует учитывать тот факт, что причиной ненависти является отрицание части себя и нежелание признаться себе в этом. Когда человек начинает осознавать, что причина негативного чувства в нем самом, тогда он в какой-то степени может более объективно оценить ситуацию и проявить над ней свою власть и силу, поскольку, в конце концов, следует исходить из того, что изменить можно только себя. Изменение другого взрослого человека маловероятно.

Пребывание в состоянии непонимания и неосознания комплексов, «живущих» в глубине бессознательного, приводит к постоянным их переживаниям в проецированной форме в виде преследующих злых людей. В психотических случаях это носит характер бредовых переживаний, а в состояниях, не достигающих психотического уровня, может входить в структуру параноидного личностного расстройства, которое характеризуется крайней подозрительностью, отсутствием чувства доверия к окружающим. На последних носитель комплекса проецирует различные иррациональные мысли, содержанием которых являются якобы затеваемые против него действия. Необоснованные обвинения звучат так убедительно, что могут индуцироваться и убеждать окружающих. Так развивается состояние преследования. Представляющий «угрозу» человек или люди оказываются «крючками», на которые «вешается» проекция из глубин индивидуального бессознательного. По Jung'у корни этого «крючка» простираются еще глубже, вплетая в себя Образ Врага, который является архетипом коллективного бессознательного. Преувеличенная враждебность, которая усматривается в действиях, мыслях и чувствах других людей, является, по сути дела, собственной проецированной враждебностью.

Те же причины лежат в основе интенсивной дружественности и восхищенности, свойственных позитивному комплексу.

Ложная убежденность в преследовании может носить сверхценный или бредовый характер. Пациент в рамках этого состояния может придавать значение мелким, объективно ничего незначащим вещам. Истоки этих переживаний лежат в его комплексах, находящихся в бессознательном.

В психиатрии общепринятым считается положение, согласно которому бредовые идеи квалифицируются как нарушение мышления. Ошибочность этого утверждения заключается в том, что истоки бредовых идей не затрагивают мышления. Можно разговаривать с параноидным пациентом на разные темы, обсуждать с ним всевозможные

проблемы, не касающиеся бредовых идей, и не найти никаких признаков нарушения мышления. Однако, его убежденность в бредовой идее не поддается никакой психологической коррекции, поскольку эта идея продуцируется не нарушением мышления, а патологической интуицией. Патологическая интуиция локализуется в коллективном бессознательном и имеет архетипный характер.

Структура психики

В структуризации психики Jung (1923,1924, 1959) оперирует такими понятиями как «персона», «тень», «анима», «анимус», архетипы коллективного бессознательного.

Персона

По словам Артура Шопенгауэра, «персона является тем, как человек представляет себя себе и окружающему миру, но не тем, кем он является в действительности».

Согласно Jung'у, персона возникает в качестве функции отношений и является «ложным Self» – приобретенной личностью, составленной из чужих убеждений». Jung таким образом противопоставляет персону настоящему внутреннему Self'у-душе человека. (цит.C.Jung (1971) collected works (ed.by H.Read, M.Fordham, and J.Adler) Psychological Types.v.6,p.218. Princeton: Princeton University Press).

Персона как маска является коллективным феноменом, она во многом тождественна, например, людям одной профессии, социального статуса. Термин "коллективный" в данном случае обозначает лишь поведение человека в рамках коллективной роли. Его не следует путать с термином "коллективное бессознательное". Анализируя персону, мы убеждаемся, что она не представляет собой настоящую индивидуальность, настоящее "Я". Персона- лишь компромиссное образование, "вторичная реальность", в ней всегда больше заимствованного от других, чем собственного.

В то же время Jung признает, что персона не есть исключительно коллективный феномен, она все-таки отражает частично эссенциальный, «индивидуальный» Self. В процессе психоанализа происходит "снятие" маски, пациент/пациентка лишается персоны, проявляется настоящий Self, истинная индивидуальность, которая топографически ближе к глубинному коллективному бессознательному, чем персона с элементами индивидуального Self'а. Признаками такого приближения к коллективному бессознательному при "растворении" персоны в процессе психоанализа являются стимуляция воображения, творческого потенциала, появление "Больших Сновидений" архетипного содержания. Наряду с этим возможны переживания катастрофы, конца мира.

Согласно Jung'у, разрушение персоны может привести к:

(1) развитию паранойи или шизофрении, вследствие коллапса ego и инфляции сознания материалами коллективного бессознательного;

(2) развитию регрессивного или эксцентрического поведения, в связи с отсутствием социальной адаптации;

(3) восстановлению регрессивной персоны, защищающей от дальнейших влияний бессознательного, что характерно для людей, испытывающих страх самопознания;

(4) возможна идентификация с архетипами коллективного бессознательного, встречающимися в сновидениях и фантазиях, в результате чего происходит "потеря себя" в архетипных образах (Jung, C.G. (1971) Collected Works.v.7; p.163-167). Идентификация с персоной создает условия для развития

невротических расстройств, т.к. в этом случае жизнь основывается на уходе от себя, от самовыражения, раскрытия многих потенциальных способностей с развитием постоянного психологического дискомфорта, несмотря на внешнее благополучие.

Персона никогда не является постоянным характером человека. Она - составная часть индивидуального, и, прежде всего, ролевого поведения, проявляемого в соответствии с принятыми в обществе нормами и правилами.

В этой связи Jung (1950) обращал внимание на то, что биографии известных людей представляют собой историю персоны и часто содержат очень мало индивидуальной правды (Jung, C.G. (1950) Collected Works.v.18, p.579). “Врачи всегда любили использовать магически непонятный жаргон даже для наиболее обычных вещей. Это часть медицинской персоны (Jung, C.G. (1967) C.W.v.13, p.121).

В современном обществе происходят быстрые изменения, и человек с целью приспособления создает многочисленные маски, обучаясь вести себя в соответствии с ролью различных, иногда полярных фигур с нередко разными культуральными традициями. Он «одевает» маски знаменитостей, героев, персонажей, «раскрученных» средствами массовой информации. Ему необходимо исполнять роли, требуемые учебными заведениями, формами общения на различных профессиональных и социальных уровнях.

Количественная представленность персоны возросла, в сравнении с традиционным обществом. В новых условиях становится труднее сохранять настоящую идентичность, структуру Я за часто меняющимися множественными масками, которые на каком-то уровне связаны друг с другом. Границы между этими персона-идентичностями часто стираются.

Тем не менее, многообразие ролей дает шанс способствовать расширению Self’а, его росту за счет усваивания различных, часто очень далеких друг от друга содержаний, заимствованных из опыта различных культур в многонациональном и многорасовом обществе. Маски создают возможность испытать, пережить другой Self в течение определенного относительно короткого периода. Они позволяют в течение незначительного времени испытать новую персона-идентичность и сравнительно легко выскользнуть из нее, вернувшись к прежнему состоянию. Иными словами, персона может быть метафорически представлена как лицензия на другой способ поведения. Создание персоны дает возможность посмотреть на себя с другой стороны, в рамках иной перспективы.

Тень

При определении этого понятия у ряда авторов встречаются разночтения, касающиеся локализации тени. Формально тень локализуется на уровне индивидуального бессознательного. Тень–это то, что человек не хочет знать о себе, это его скрытая, подавленная сторона. Вместе с тем, тень связана с глубинным, коллективным бессознательным. Она испытывает на себе его сильное влияние и поэтому при своих проявлениях может выходить за пределы, объяснимые индивидуальным опытом. Далеко не всё в тени может быть понято на рационально-логическом уровне. Попытка объяснения человеком ряда действий в ряде случаев носит, по сути дела, лишь формально убедительный характер.

Тень является противоположностью персоны, отражающей роль, играемую человеком в обществе. Тень–это страж, стоящий на вратах бессознательного.

В аналитической психологии существует понятие *акцептация тени,* означающее мирное сосуществование с ней. Акцептация требует отказа от чересчур завышенных идеалов, основанных на иллюзии, в противном случае человек оказывается вовлеченным в бесконечное чрезмерное лицемерие и обман. Если человек усердно подчеркивает только

свои положительные стороны и старается убедить других в том, что он состоит только из одних достоинств, это является самообманом и обманом других людей.

Существует немецкая поговорка: «Только дьявол не имеет тени». Речь идет о том, что если имидж, создаваемый человеком, и презентируемый им психологический портрет слишком хорош, это должно настораживать.

Известно, что людей без недостатков не бывает. Если психологически зрелый человек находит в себе смелость признать наличие тени, у него появляется возможность определенных изменений в результате отреагирования.

Анализ правонарушений, совершаемых чаще всего по отношению к близким людям во время алкогольного опьянения, показывает, что дисфункциональные отношения, сопровождающиеся подавленным чувством ненависти, существуют в таких семьях на протяжении многих лет. Если бы эти отрицательные чувства осознавались и анализировались, это сделало бы возможным их отреагирование, что помогло бы избежать ситуаций, провоцирующих прорыв тени из индивидуального , а частично коллективного бессознательного в сознание. Такой прорыв может приводить к трагическим последствиям.

Коллективное бессознательное оказывает влияние на тень и, активизируясь в ее структуре, может приводить к неожиданным, в том числе, и социально опасным, действиям. Воздействием коллективного бессознательного можно объяснить описанный Bizezicki феномен *парагномена.* Парагномен является неожиданным совершением какого-то необычного и непрогнозированного поступка, что происходит на фоне ненарушенного сознания и совершенно не соответствует прежнему поведению человека. Поступок остается в памяти, но не может быть объяснен человеком, который его совершил. Обычно через какое-то время после парагномена развивается шизофренический психоз.

Анима и анимус

Анима представляет собой связанный с коллективным бессознательным синтетический, сформированный в опыте поколений имидж женщины в психике мужчины. Этот имидж обладает необычной силой воздействия при его активизации, что происходит, когда анима проецируется на какую-то конкретную женщину. Анима рассматривается как наличие женского начала в психике мужчины. Она может влиять на настроение, приводить к его снижению, грусти. Анима проявляется в женственных чертах характера, свойственных, даже наиболее мужественным мужчинам.

Имидж анима элюзивен. Он не поддаётся конкретному определению. В нём всегда присутствует таинственность, магия, особая притягательная сила. Анима имеет как положительную, так и отрицательную стороны, приобретая черты как доброй феи, так и злой колдуньи.

Анимус–имидж мужчины в психике женщины. Влияние анимуса приводит к развитию мужественных черт характера и поведения у женщины, что может иметь положительное значение во многих жизненных ситуациях. Имидж анимуса в психике женщины, согласно Jung'у, представлен часто во множественном числе, проявляясь в виде понятия «они» (совет старейшин, коллектив и др.) Влияние такого коллективного анимуса может приводить к преклонению перед авторитетами, людьми, которые «всё знают», властью.

Целью мужчины и женщины является частичное осознание в их психике анимы и анимуса и интегрирование осознанных элементов в целостной личности. Мужественные и женственные черты при их конструктивном развитии имеют значение для сохранения внутреннего баланса и предотвращения одностороннего подхода к жизни.

В художественных произведениях, кинофильмах, театральных спектаклях содержатся множественные примеры того, как мужчина и женщина оказываются неспособными использовать свои внутренние ресурсы и проецируют свои анимы и

анимусы на лиц противоположного пола. Одной из ярких иллюстраций воздействия анима является классический фильм «Голубой ангел», в котором главный герой профессор влюбляется в девицу из кабаре (эту роль играла Марлен Дитрих), теряет свою прежнюю идентичность, разрушает карьеру и подвергается полной дезинтеграции.

Опасность проекции анима и анимуса состоит в идентификации женщины/мужчины с спроецированным на них архетипным образом, которому проецирующий/проецирующая приписывают нереальные, фантастические качества, по существу очень мало зная их действительные особенности.

Архетипы

«Одна картина стоит сотни тысяч слов».
Китайская пословица.

Коллективное бессознательное, согласно Jung'у, содержит архетипы. Архетипы являются основными элементами коллективного бессознательного. Архетипы создают архетипные имиджи, предрасполагая к определенным вариантам универсального для людей переживания мира и к действиям по универсальным шаблонам.

Архетипы имеют свойства матриц, «психических инстинктов», и вся индивидуальная психика, все личные переживания могут быть интерпретированы посредством архетипных форм. В процессе жизни без специальной информации человек не осознает, что находится под влиянием коллективно бессознательных архетипных сил. Если влияние коллективного бессознательного усиливается, ego оказывается «схваченным» архетипными импульсами, которые порабощают человека. Информированность об этом может быть полезной, так как помогает в какой-то мере контролировать ситуацию. Поскольку архетипы имеют как позитивную, так и негативную стороны, контроль может заключаться в попытке активизировать первую за счет второй, вступая в своего рода диалог с архетипными силами.

Одним из выделенных Jung'ом архетипов коллективного бессознательного является архетип **Старого Мудреца**.

Архетип обладает атрибутами Высшей Силы – Всезнания, Всепонимания, Всемогущества. Активизация архетипа приводит к развитию идей переоценки своих возможностей, выходящих за границы реальности. Находящийся во власти архетипа пациент считает, что обладает сверхчеловеческими возможностями, что его мысли имеют исключительное значение для других и для судьбы мира в целом. Все, что он придумывает, является истиной в последней инстанции. Иногда он воспринимает себя как Мессию, как посланника Высшей Силы.

Задействование архетипа сопровождается выбросом большой энергии, которая в обычных условиях не свойственна этому человеку. Это энергия коллективного бессознательного.

Архетип Старого Мудреца оказывает сильное харизматическое воздействие на окружающих. Как правило, пациент, высказывающий бредовые идеи величия, вызывает чувство сожаления, смех, и пр. Однако, тот, кем овладел этот архетип, обладает большой силой убеждения. Окружающие верят такому человеку как пророку, как лидеру и это опасно, т.к. проявление архетипа контагиозно как инфекция и может вызывать явления массового индуцированного фанатизма. Задействованность архетипа имеет место у религиозных, политических и других фанатиков. Пока люди находятся в сфере влияния такого человека, ему верят. Архетип Старого Мудреца способен активизировать тот же архетип у других людей. Хорошей новостью является то, что у преобладающего числа лиц индуцированная активация кратковременна и не проявляется вне зоны непосредственного воздействия архетипа. Плохая новость заключается в том, что у некоторых лиц активация

может оказаться длительной, с последующим влиянием на окружающих и вызывать эффект «снежного кома».

К числу женских архетипов относится архетип **Великой Матери**. Женщины, у которых возникает активация этого архетипа, приписывают себе необычные свойства, качества и силу. Так же, как и в случае с архетипом Старого Мудреца, возникает убежденность в том, что такая женщина всегда права. Появляется «миссионерская активность», направленная на то, чтобы пробудившуюся силу, данную ей свыше, проявлять каким-то образом. Чаще всего появляется желание влиять на других людей: членов семьи, родственников, друзей, сотрудников по работе.

Отсутствие умения находить компромисс и убежденность в своей беспрекословной правоте во всем рождает императив, которому обязаны следовать окружающие. «Вы должны делать так потому, что я считаю, что это - Истина. Все делается для вашего блага. Если вы будете поступать по-другому, это наказуемо и чревато отрицательными последствиями».

Возникает стремление насильно осчастливливать других для их же блага. Любое сопротивление окружающих, вызывает агрессию. Архетип может проявляться с разной силой и в разных вариантах. От обычного стремления к доминированию до навязывания «единственно правильной» точки зрения и гипертрофированной бескомпромиссности. В случае олицетворения такой женщиной себя с Матерью-Землей и Матерью-Природой возникают особенно тяжелые последствия.

Архетипы Старого Мудреца и Великой Матери продуцируют идеи величия. Leonhard'ом описан *психоз счастья.* Страдающие им имеют блаженно экзальтированный вид. Они как бы излучают энергию и убеждены в том, что само их присутствие очень благотворно воздействует на всех, делает других лучше, счастливее и здоровее.

Образ шута в виде архетипа **Трикстера** проявляется в дурашливом поведении, которое в относительно слабо выраженном варианте находит выражение в неадекватных шутках, раскованном поведении, цинизме, нарушении правил приличия, этики и морали.

Необходимость «разгрузки» архетипа Трикстера в социально приемлемых формах находит отражение в народных обычаях, праздниках в различных культурах. С этой целью проводятся карнавалы, праздники Природы, Весны, Хэллоуин и др. Гипертрофированное выражение архетипа Трикстера становится разрушительным для сознания. Клинически это выражается в том, что пациент, обычно подросток, начинает постоянно делать пакости окружающим; неадекватно, неуместно и часто смеяться над тем, что не вызывает никакого смеха у других; спонтанно нецензурно браниться, используя выражения, не свойственные ему раньше; кривляться, гримасничать, немотивированно хихикать. Появляется тенденция к сексуализации действий и высказываний, которые носят грубый и циничный характер. Обычные эмоциональные реакции сопереживания, сочувствия и сострадания исчезают. Дальнейшее усиление архетипа приводит к распаду ego. Возникают инкогерентность (несвязанность), импульсивное поведение, неожиданность поступков, эксгибиционизм, неопрятность. Появляется тенденция к стереотипиям - повторению одних и тех же выражений и слов.

Деструктивная сила архетипа трикстера нашла художественное воплощение в американском фильме «Клоуны убийцы».

Психическая сила архетипов требует к себе серьезного отношения. Под влиянием архетипа человек может совершать разрушительные действия. Активизация архетипов является причиной развития психических расстройств, лежит в основе многих нарушений как непсихотического, так и психотического уровней в зависимости от силы их влияния.

Jung выделял **архетип Self'а**. Понимание этого термина осложняется существующими неточностями в переводе. Так, например, термин анализ self'а по Freud'у означает самоанализ, а по Jung'у - анализ архетипа Self. Понятие «Self» относится к категории абстрактных, заключающих в себе элемент отвлеченности. Общеизвестно, что специалисты рассматривают ego как центр сознания. Человек без какой-либо угрозы для

стабильности психики постоянно обращается к своему бессознательному и черпает из него энергию и необходимые, забытые им элементы. Но, если ego пытается привлечь в свою структуру элементы коллективного бессознательного, появляется угроза дезинтеграции психики в связи с тем, что они обладают слишком большой энергией. Метафорически это сравнимо с лодкой, идущей ко дну из-за переполняющего ее большого количества воды. *Архетип Self отличается от ego тем, что является не только центром сознания, а психики в целом.*

С точки зрения одной из лучших исследователей наследия Jung'а Fordham (1964), Self включает в себя как сознательное, так и бессознательное, является центром сознательной и бессознательной частей психики. Действуя подобно магниту по отношению к различным элементам личности и бессознательным процессам, Self представляет центр всей тотальности личности. Функция Self'а - соединение оппозиционных элементов, например мужского и женского начал, сознательной и бессознательной сфер, хорошего и плохого и т.д. Чтобы «добраться» до Self'а, необходимо акцептировать созданное природой плохое, иррациональное и хаотическое, наиболее высокоразвитое и наиболее низкоразвитое.

Jung пытался сформулировать понимание Self'а в работе «Тайна золотого цветка», базирующуюся на китайской концепции ТАО - включающей сознательную и бессознательную сферы, взаимодействие светлых и темных сил Инь и Янь, из которых развивается золотой цветок-бессмертное духовное тело. Архетип Self'а представляет собой осознание, с одной стороны, уникальной природы человека, с другой, – его интимных отношений и единства с жизнью окружающих людей, животных, растений, с космосом, природой, с органической и неорганической жизнью.

Все воспринимается так, как оно есть – в единой неразрывной связи с невидимым центром. Человек ощущает себя как часть и, вместе с тем, как центр всего.

Восприятие Self'а Jung иногда называет мистическим соучастием. Человек порою приближается к этому чувству, иногда оно его охватывает. Такое соучастие появляется, когда возникает инсайт особого состояния единства со всем окружающим миром. Те, кто развивается односторонне в каком-то одном направлении, очень далеко уходят от этого чувства, за что впоследствии расплачиваются ощущением потери смысла жизни и экзистенциальной депрессией. Необходимость приближения к архетипу Self'а отождествляется со все более глубоким внутренним познанием себя, своего бессознательного, интеграцией этого бессознательного в сознательную сферу.

Переживание Self'а архетипно. Оно определенным образом отражается в видениях, сновидениях, в различных имиджах, которые могут быть названы архетипами Self'а. Для человека, не знакомого с языком этих сновидений, многие имиджи могут казаться странными, запутывающими, смущающими его. Нужно иметь в виду, что бессознательное «не показывает себя» напрямую, как это делает сознание.

Символом Self'а, например, часто является ребенок. Это может быть образ божественного или магического ребенка. В связи с этим уместно вспомнить фиксацию многих мифов и фольклора на мотиве ребенка и роль места, которое он занимает во многих религиях.

Символом Self'а могут быть фигуры Христа, Будды, которые, с точки зрения Jung'а, являются наиболее дифференцированными выражениями архетипа Self, которых достигло человечество.

Self может появляться в сновидениях в образе животного, яйца; иногда он выражается в гермафродитической фигуре, олицетворяющей символ двойственности мужчины и женщины. Он может принимать имидж статуи, сокровища, которое трудно найти, поскольку оно спрятано за семью горами и лесами. Возможен образ драгоценного камня, чаще всего бриллианта или жемчуга. Это может быть цветок, например, лотос, золотой шар, золотое яйцо, чаша, геометрические фигуры в виде круга, колеса,

четырехугольной площади, креста. Частым символом Self'а могут быть четыре ореха в разных концах блюда.

Эти различные концентрические фигуры с радиусами, кругами, площадями, с наличием центральной точки называют мандалами, дословно обозначающими магический круг. Например, в сновидении это может быть площадь с фонтаном в центре, часы без стрелок. В некоторых странах востока фигуры мандалы используются в различных ритуалах. Например, в тантрической йоге мандалу созерцают. Имеются христианские мандалы, датированные периодом раннего средневековья и изображающие Христа в центре и четырех евангелистов в четырех, расположенных на периферии, точках. Исторически мандала служила символом, олицетворяющим природу божества и средством проекции вдохновения, возвышенного чувства и пр.

Jung обнаружил, что символизм, связанный с мандалой, возникает в сновидениях и видениях многих пациентов спонтанно. В «Психологии и алхимии» автором описана серия из четырехсот сновидений с символизмом мандалы. Причины возникновения мандалы в сновидении непонятны и на уровне сознания не расшифровываются. Такое сновидение обычно сопровождается выраженным чувством гармонии и умиротворения. Мандала в сновидении иногда возникает в виде картины, рисунка, какой-то абстрактной геометрической формы, в фигуре круга в танце. Примером служат ритуальные, народные танцы, во время которых происходит кружение танцующих вокруг центральной точки с последующим расхождением танцоров в четыре угла и схождением вместе.

Jung описывает сновидение одной из своих пациенток: «Я поднималась в гору и увидела себя, стоящей в центре четырехугольника из группы камней. Они были плоскими, подобно ступенькам. Я попыталась приподнять камни, которые находились рядом со мной, и обнаружила, что они были пьедесталами четырех статуй Богов, которые были похоронены вниз головой. Я выкопала эти статуи и расположила их так, что оказалась в их центре. Внезапно произошло следующее. Статуи начали склоняться по направлению друг к другу до тех пор, пока их головы не соприкоснулись и они не сформировали над моей головой что-то наподобие палатки. Тогда я упала на землю и произнесла: «Падайте на меня, если вы должны это сделать. Я очень устала. Вдруг она увидела, что в окружении четырех Богов возникло кольцо пламени. Через какое-то время она поднялась с земли и перевернула статуи. Когда они упали, на их месте появилось четыре дерева. Пламя, которое продолжало гореть, перекинулось на деревья, сжигая листья. И тогда она сказала себе, что для того, чтобы это прекратилось, она должна войти в огонь и сгореть вместо деревьев. Так она и сделала. Кольцо пламени сомкнулось и превратилось в голубой огонь, который поднял ее над землей. Боли она не ощущала».

Jung считает, что, несмотря на то, что значение этого сновидения невозможно понять полностью, его идея заключается в предупреждении об опасности. Автором подчеркивается важность кругов и четырехугольников в символе мандалы.

У другой пациентки Jung'а психическое расстройство началось с того, что она увидела внутри себя часы без стрелок. Цифры, которые на них стояли, загорались в определенном ритме. В этом же ритме у женщины появлялись мысли.

Jung придавал большое значение анализу сновидений, имеющему, в отличие от классического психоанализа, другую направленность.

Jung выделяет так называемые *Большие Сновидения*, которые характеризуются рядом признаков:

1. Возникают редко, в периоды жизни, имеющие особое значение, например, перед принятием жизненно важного решения, в переходный период жизни, при кризисе идентичности. Появление таких сновидений в значимые моменты жизни как бы предупреждает о необходимости задуматься и использовать опыт коллективного бессознательного.

2. Относятся к категории ярких. Несмотря на то, что их содержание обычно до конца не понимается, тем не менее, они всегда запоминаются, долго

3. Частым содержанием сновидений являются архетип Self’a в виде мандалы той или иной формы; руины, развалины каких то древних зданий, храмов, поросших изнутри лианами или мхом, лишенные крыши, озаренные светом луны. Могут сниться силы природы, например, огонь или вода. Человек может увидеть себя стоящим рядом с колодцем и заглядывающим в него, или тонущим в воде, например, при наводнении. Могут сниться волны, которые бьются о берег или заливают помещения и т д.

4. Для этих сновидений характерны отрывки мифологических тем и архетипые содержания. Могут сниться громадные статуи и изваяния. Нами наблюдался пациент, который рассказывал, что ему приснился огромный бассейн, напоминающий реку, в котором купалось много людей в одежде голубого цвета. Они смеялись и плавали. Рядом с ними плавали какие-то существа, которые не являлись людьми. Когда он присмотрелся к ним, то увидел, что это полурыбы - полулюди. Несмотря на то, что человек, рассказывающий этот сюжет, никогда не был в Риме, фабула его повествования частично соответствовала тематике, изображенной на фресках одного из римских замков (Дворец Ангела).

5. Большие Сновидения могут быть предвестником психического заболевания. Архетипные сновидения имеют следующую особенность: если они появляются повторно, например, через один или несколько дней, нужно иметь в виду что это может быть знаком того, что что-то угрожающее происходит в психике. Некоторые пациенты, которые по своему опыту знают об этом предупреждении, своевременно принимают нейролептики и связь с бессознательным блокируется.

Одна из пациенток рассказывала, что перед развитием психического заболевания ей приснилось наводнение. Она стояла у лестницы, которая спускалась к реке. Вода начала подниматься. Она побежала вверх по лестнице, но вода преследовала ее. За ней бежали какие-то ящерицы и змеи, которые начали обгонять ее. Женщина поняла, что может не успеть, и проснулась. Вслед за этим сновидением через несколько дней развился психоз.

Возрастное развитие

В отличие от психоанализа, в аналитической психологии Jung’a ранние переживания детства почти упускаются. Внимание не фиксируется ни на стадиях развития, ни на особенностях переживаний ребёнка. Детство представляет интерес лишь в том аспекте, что в этом периоде жизни влияние коллективного бессознательного может проявляться более отчётливо.

Развитие взрослого человека рассматривается сквозь призму становления индивидуации, которая включает «второе рождение» или возрождение. Это происходит в середине жизненного цикла и включает использование потенциала бессознательного.

В отличие от психоанализа, Jung использует термин личность только в контексте типов личности. Jung рассматривает личность как нечто целостное, подразумевая под этим понятием скорее психику. Анализ исследований о количестве употребляемых Jung’ом психологических терминов свидетельствует о частом использовании термина «Психика», что, по-видимому, связано со стремлением избежать разделения личности на несвязанные психические функции. Психика с заглавной буквы по Jung’у интегрирует различные личностные структуры, такие, как бессознательное, экстраверсия, интроверсия и пр., которые автор соотносит с тотальной интегрированной личностью.

Интегрированная личность включает в себя Self, объединяющий все личностные качества и весь личностный потенциал.

Jung обращает внимание на то, что в первой половине жизни человек акцентирует внимание на значении сознания, что проявляется, например, в стремлении к получению конкретных знаний или развитию своей идентичности в рамках карьеры. В то же время во второй половине жизни человек фокусируется на внутреннем развитии, и, таким образом, фиксация смещается с внешней на внутреннюю реальность.

Jung, в отличие от Freud'a, не считал, что для человека возможно или желательно жить только по законам сознания. Он сравнивал попытку человека жить, ориентируясь исключительно на сознании, с постройкой дамбы через океан, имея ввиду под океаном бессознательное. Примером, подтверждающим это положение, служит состояние гиперстимуляции, включающее в себя сознательный контакт с миром с одновременной блокировкой бессознательного. Это приводит к тому, что человеку становится все более невыносимо подчиняться только сознанию. Развиваются гиперстимуляционные психические расстройства. Возникает необходимость «вернуться» к связи с бессознательным для излечения и самообновления.

В то же время нельзя фиксироваться только на бессознательном, так как такая фиксация эквивалентна поглощённости наводнением. Таким образом, разумным компромиссом является предлагаемая формула, согласно которой целесообразно в общении с внешним миром использовать сознательный подход, имея возможность и время периодически возвращаться к внутреннему миру для психического обновления.

Символизм

Коллективное бессознательное проявляет себя символами, которые находятся глубоко в психике, вне эффектов личного опыта. Окончательное формирование символа происходит на границе переживаний сознания и бессознательного алгоритмизированного материала. Это выглядит примерно следующим образом: человек что-то видит, на этот образ накладывается алгоритмизированный по матрице архетипа материал, в результате соединения рождается символ с осознаваемым значением.

Поскольку коллективное бессознательное детерминировано наследственностью, содержание его в целом одинаково для разных людей. В связи с этим одним из наиболее важных моментов является то, что *человек предрасположен к определённым типам реакций.*

Символы определяются архетипным субстратом, имея более или менее универсальное значение. Индивидуальные символы отражают личностный опыт отдельного человека. Jung находил подобие между переживаниями психотических пациентов и символами древнего искусства и мифологии, что подтверждает существование коллективного бессознательного. Например, он сообщал о найденных им параллелях между рисунками больных и символами античных источников. Он считал, что современная манера рисунка не может быть основана только на индивидуальном опыте, она во многом связана с влиянием коллективного бессознательного. Для сознания индивидуума важно иметь связь с коллективным бессознательным. Если содержание бессознательного символизируется, оно может стать частично известным для сознательной части психики. Содержания коллективного бессознательного в сознании не интегрируются, интегрироваться могут только символы, приобретающие в связи с этим большую силу. Таким образом, без символизма не может функционировать связь между сознанием, индивидуальным и коллективным бессознательным. Несимволизируемые содержания коллективного бессознательного разрушают ego.

Например, Bettelheim (1976) обнаружил, что в тот момент, когда он показывал, или читал детям «безопасные» версии традиционных сказок с устранёнными пугающими

детей эпизодами и образами чудовищ и ведьм, дети испытывали большее напряжение, по сравнению с детьми, которым читали традиционные сказки братьев Гримм. Символическая репрезентация эмоций, вызывающих страх в сказках Гримм, привносит их в сознание в таком виде, с которым сознание сравнительно легко справляется. Если же эти негативные силы не символизируются, они выступают в более жёстком, не смягчённом виде.

Иными словами, человек, не имеющий возможности пользоваться традиционной системой символов, разработанных в рамках данной культуры в течение длительного времени, подвергается опасности психической деструкции. Высшая Сила внутри человека, лишённого культурально привычных символических посредников (ритуалов), может привести к разрушению сознания, т.е. развитию психоза.

Jung всё же рассматривал бессознательное в качестве союзника в большей степени, чем в качестве врага, подчёркивая, что энергия бессознательного может быть творческой и не всегда деструктивной.

Эту особенность важно учитывать в терапии, так как использование бессознательного способствует приобретению человеком большей целостности. «Части психики, оторванные от целого», должны быть интегрированы с другими частями личности. Часто эти «оторванные» системы приобретают форму комплексов, находящихся в бессознательном.

Задачей психотерапевта является помощь в интеграции материала. Диагностировать такие комплексы можно с использованием симптомов, сновидений и ассоциаций (тест на словесные ассоциации Jung'а). В момент терапии особенно важно найти пути к скрытым частям личности, к потенциальным возможностям хотя бы частичной индивидуации. Процесс более сложен, чем классический психоанализ. Необходимо знать ценности, которыми человек жил раньше, ибо они являются ресурсом выздоровления

Для психиатров представляет *интерес ранняя диагностика возможного развития психических нарушений на основании регистрации Больших Сновидений,* которые могут быть предвестником развития психического заболевания. Следует обращать внимание на появление в сновидениях образов огня, наводнения, конструкций, имеющих форму мандалы (круг, площадь с фонтаном, часы без стрелок), античных городов, руин разрушенных храмов, священных церемоний, мифологических зверей, пресмыкающихся, динозавров и др. В какой-то части случаев пациенты, вспоминая о начале заболевания, указывают на пережитые ими незадолго до болезни Большие Сны, являющиеся предвестником болезни. Знание этого факта позволяет предупреждать рецидив заболевания с помощью психофармакологических средств.

Интроверсия и экстраверсия

Человек рождается либо экстравертом, либо интровертом. В процессе его личностного развития имеют значение, прежде всего, те психологические особенности, с какими он родился. Диагностика экстраверсии и интроверсии важна именно в детском возрасте потому, что в последующих возрастных периодах человек адаптируется к окружающей среде и приобретает другие черты. В современном обществе природный интроверт чаще всего становится обученным экстравертом, оставаясь по базисным психологическим особенностям интровертом. Экстравертированный ребенок социален, стремится к общению, чувствует себя адекватно в новой ситуации, у него отсутствует страх социального общения. На уроках он активен, охотно отвечает на вопросы даже тогда, когда точно не знает, как ответить, но при этом поднимает руку и стягивает на себя внимание сверстников и учителей.

Интровертированный ребенок обращен внутрь себя, скромен, застенчив, трудно вступает в контакт, чувствует себя неуютно в новой обстановке, боится высказаться, показаться смешным, сказать что-то невпопад, оказаться в центре внимания. В случае необходимости отвечать на прямой вопрос в присутствии незнакомых людей испытывает стеснение, теряется, старается держаться в тени, не обращать на себя внимание. Это приводит к тому, что он обычно проигрывает в оценке окружающих.

Преподаватели, особенно неопытные, оценивают интровертированных детей ниже, а эстравертированных - выше их способностей. На самом деле, знания у интровертов могут быть лучше, но страх проявить их мешает адекватной самореализации.

Психологические особенности экстра и интровертов сохраняются в течение всей жизни. Современное общество более положительно воспринимает эстравертированные качества. Наличие у человека интровертированных свойств вызывает у него ряд затруднений. Поэтому интровертированные лица часто испытывают необходимость менять свою личностную структуру для того, чтобы стать более приспособленными.

Человек в процессе социальной адаптации вынужден усваивать эстравертированные образцы поведения. Он должен научиться общению и правилам адекватного поведения в социуме. В процессе такой «переквалификации» он может во многом преуспеть и многому научиться, но, поскольку его интровертированный базисный радикал остается, все то, что экстраверт делает естественно, самопроизвольно и без напряжения, интроверт совершает ценой дополнительных усилий. Он затрачивает на это энергию, вынужден постоянно преодолевать себя и поэтому психологически чувствует себя не очень психологически уютно. Для него комфортна одна ситуация, а он вынужден жить в другой, приобретая в целях выживания экстравертированные навыки. Интровертом, в сравнении с эстравертом, затрачивается большое количество усилий, что приводит к возникновению у него состояния хронического психоэмоционального напряжения. Поэтому интроверту важно находить зоны психологического комфорта для профилактики и снятия постоянного напряжения. В противном случае создаются условия для срывов, которые могут проявляться в «невротических» и психосоматических реакциях. При наличии у человека генетической предрасположенности, к возникновению, например, сердечно-сосудистой патологии, эта предрасположенность может реализоваться из-за постоянного напряжения, снижающего резистентность организма.

Психические функции и психологические типы

*Jung выделяет четыре основные психические функции - мышление, чувствование, ощущение и интуицию***.**

В зависимости от интроверсии или экстраверсии психологические характеристики этих функций различны. Так, *интровертированные функции имеют следующие особенности:*

1.Интровертированное мышление оперирует в большей степени идеями, нежели фактами. Этот тип мышления фиксирован на внутренней реальности, а не на фактах окружающей среды. Он не включает в сферу своего внимания других людей.

2.Для интровертированых чувств характерна внешняя сдержанность, даже холодность при выраженной симпатии и понимании близких людей, особенно в ситуациях, когда они нуждаются в помощи. Положительные чувства, например, любовь, не демонстративны, отсутствует стремление к их вербализации.

3.Интровертированые восприятие и ощущение определяются не непосредственным воздействием внешнего стимула, а его переработкой и связанными с последней переживаниями. Человек, например, видит какой-нибудь предмет, и это опосредованно вызывает у него ассоциации с каким-то другим явлением.

4.Интровертированая интуиция направлена на ощущение внутренних возможностей в себе и в мире, которые могут не находить практического применения в

настоящее время, но их реализация потенциально возможна. Эта функция находится в тесной связи с бессознательной сферой.

Мышление и чувственная функция полюсны друг к другу. Чрезмерное использование мышления как основной психологической функции приводит к подавлению чувственной функции, также как преобладающая ориентация на чувственную функцию подавляет мышление.

Ощущение и интуиция, подобно мышлению и чувствам, находятся в полюсных отношениях. Jung описывает интуицию как восприятие реальности, неизвестной для сознания, которое проходит через бессознательное. Интуиция, по мнению автора, это нечто большее, чем простое восприятие. Она представляет собой активный творческий процесс, который схватывает ситуацию и старается изменить ее в соответствии со своим видением. Интуиция вдохновляет и помогает человеку в различных, казалось бы, безнадежных ситуациях. Она делает в этом смысле то, что не сможет сделать никакая другая психологическая функция. Интуиция приходит на помощь тогда, когда необходимо что-то быстро сообразить, прийти к какому-то заключению при отсутствии достаточного количества данных для выводов. Люди различных профессий успешно пользуются интуицией, особенно в тех случаях, когда возникает ситуация, при которой принятое правило или концепция не срабатывает.

Jung называет ощущение и интуицию иррациональными функциями, в отличие от мышления и чувственной функции. Сенсорный тип описан автором как иррациональный потому, что у таких людей мало логики и много переживаний, связанных с деятельностью органов чувств. Один и тот же предмет, ситуация и пр., могут вызвать разные ощущения в зависимости от времени, места, обстоятельств и времени.

Окружающие иногда ошибочно считают этих лиц рациональными потому, что они настаивают на фактах, создавая впечатление рассудочности.

К особенностям экстравертированных психических функций относятся:

1.Эстравертированное мышление фиксируется на внешних, средовых факторах и событиях. Это логическое мышление, при котором подавляются чувства, происходит абстрагирование не только от социальных отношений, но и от самых близких людей.

2.Экстравертированые чувства концентрируются на отношениях и возникают в процессе приспособления к окружающей среде.

3.Экстравертированые восприятие и ощущение концентрируется на объектах, вызывающих переживания и сосредотачивается на фактах и деталях; нередко направлено на поиск удовольствия.

4.Экстравертированая интуиция направлена на возможности изменения внешнего мира, на поиск приключений, риска и не фокусируется на привычных и обыденных ситуациях.

Ощущение и интуиция являются добавочными способами получения информации о мире. Для выраженной функции <u>ощущения</u> характерна фиксация на каких-то специфических деталях большой картины. Человек, у которого эта функция в достаточной мере представлена, уделяет особое внимание деталям и использует для адаптации к миру. Тот, у кого преобладает ощущение как психологическая функция, за счет фиксации на привлекающих его внимание деталях может не видеть всей картины происходящего, и, в связи с этим, может совершать ошибки.

И наоборот, *интуитивный тип* хорошо схватывает общую картину, но часто не способен объяснить, почему он понимает ее именно так, а не иначе. Он не может выразить это словами. Результаты исследования когнитивной функции Wippich (1994) показали, что интуитивный тип в межличностных отношениях производит впечатление человека, умеющего читать мысли собеседника, находясь с ним на одной волне. Это происходит потому, что партнер по общению бессознательно, сам того не желая, намекает и сообщает ему информативные ключи, которые схватывает интуитивный тип. Существенную

помощь в психодиагностике интуитивного типа оказывает индикатор Myers-Briggs (Mc Canlley, 1990).

В аналитической психологии Jung'а выделяются *восемь психологических типов*-четыре экстравертированных и четыре интровертированных с преобладанием одной из четырех функций.

Для *экстравертированного* типа характерна ориентация сознательной сферы на внешние объективные факты и отношения, а не на субъективные ценности. Экстраверт думает, чувствует и живет в непосредственной связи с внешними условиями. Каждый экстраверт имеет свою систему ценностей, но детерминирующей, определяющей силой они для него не являются. Гораздо большее значение для экстравертированного типа имеют объективные условия среды. Так, например, экстравертированный чувственный тип хорошо относится только к тем людям, которые хорошо «оплачивают» это отношение. Он выбирает людей, к которым выгодно хорошо относиться. Экстраверт не придает особого значения факторам внутренней жизни и внутреннему локусу-контроля, его больше всего занимают внешние факторы и внешний локус-контроля. Сознание, интересы и внимание направлены вовне, на объективные события внешнего мира, которые происходят здесь и сейчас. Экстраверт хорошо приспособлен к объективным условиям. Эти условия могут быть в каком-то смысле ненормальными и выраженный экстраверт, приспосабливаясь к ним, по сути дела, конформен к патологическим ситуациям. При этом его потребности и желания удовлетворяются неадекватно.

Экстравертированный мыслительный тип воспринимает окружающий мир как логически абстрактную схему, которая адаптирована к требованиям социальной среды. Этой схеме он подчиняет всю свою жизнь, укладывая ее в узкие рамки прокрустова ложа. Такой человек видит жизнь только через призму придуманной им и адаптированной к социальной ситуации схемы. Он не покидает пределов такого видения мира, считая выход из них не только необязательным, но и болезненным. Это приводит к застреванию, к легкому возникновению догматизма. Он не только сам придерживается схемы, но и требует этого от других людей. Поскольку существует несколько схем, например, схема воспитания детей, схема выбора и пр., то имеющий место догматизм является заменителем различных взглядов на жизнь. Возведенная в жизненный принцип формула становится псевдорелигией, возникают абсолютизм, негативное отношение ко всему, что предполагает иной вариант подхода, подозрительность и враждебность в случае отклонения от схемы.

У людей с выраженными экстравертированными мыслительными особенностями сравнительно легко активизируется влияние бессознательного. Очевидно, это связано с их стремлением к постоянному подавлению бессознательной и, прежде всего, чувственной сферы. Чувственная сфера полюсна по отношению к мыслительной. Если выражена одна, то подавляется другая. Подавляется не только эмоционально-чувственная сфера, но и индивидуальное бессознательное, занимающее промежуточное положение между сознанием и коллективным бессознательным. Материалы последнего иногда прорываются в разрушительной форме, возможно в связи с длительной заблокированностью. Возможна активизация и задействование архетипов. Так, например, при оживлении архетипа Старого Мудреца человек начинает считать себя богоподобным, безукоризненным, всегда правым и т.д. Оживший архетип Врага может быть спроецирован на человека, который выступает против провозглашаемого мыслительным экстравертом плана, схемы, идеи. Тогда такой человек или группа людей наделяются различными иррациональными негативными чертами, признаками и характеристиками, несущими в себе оттенки зла, дьявольщины и т. д.

Подавление индивидуального бессознательного и, прежде всего, чувственной функции, чревато такими *негативными проявлениями*, как возникновение взрывов, выходящих на уровень архетипов. В личной жизни это может находить выражение в виде грубых брутальных эмоций. Под влиянием активизации Анимы у мужчин возникает

внезапная увлеченность женщиной, на которую последняя проецируется, с возможными разрушительными последствиями для семейной жизни и карьеры.

Застревание экстравертированного мыслительного типа на сконструированных им самим схемах приводит к отрыву этих схем от социальной реальности. Для людей этого типа правильным является то, что принято. Тем не менее, опасность заключается в том, что вырабатывается определенная схема, а ситуация меняется быстрее, чем схема. Застревая на схеме, мыслительный экстраверт становится ригидным и не видит, что схема уже не соответствует реальности. За этим следуют необоснованные обвинения окружающих в неудачах, поражениях и конфликтах. Постепенно все становятся его врагами, что приводит к изоляции от людей и даже от собственной семьи. Сложившаяся ситуация провоцирует активизацию бессознательной сферы, резкое проявление которой приводит к социально опасным действиям: агрессии, самоубийству и т. д.

*У чувственного экстравертированного типа*_подавлена сфера рационального мышления и наиболее задействована чувственная сфера. Например, жизнь экстравертированной чувственной женщины полностью занята разными маленькими и, казалось бы, незначительными мелочами, которые для нее очень важны. Такие женщины хорошо чувствуют других людей, ситуацию, они доброжелательны в рамках своего круга, создают теплую психологическую атмосферу вокруг себя: их любят потому, что они не конфликтны, хорошо «играют» свою роль, т.к. их Персона доведена до совершенства и так срастается с личностью, что практически ей не противоречит. Людям, общающимся с ними, приятно, что острые углы сглаживаются, а конфликты профилактируются.

К чувственным экстравертам любят ходить в гости. Они хорошо выглядят и успешно проявляют себя в различного рода социальных активностях, например, благотворительности, организации вечеров, встреч и пр. Экстравертированные чувственные женщины хорошо контактируют с окружающими и всегда находят для таких контактов подходящих для себя людей. Они хорошо относятся и влюбляются в тех, кто «устраивает» их во всех отношениях. Не любят «острых углов» и всего того, что может осложнить их жизнь.

Все было бы хорошо, если бы не одна особенность. Доброжелательность, улыбчивость, учтивость, уважительность и гостеприимство, проявляемые ими в обществе, далеко не всегда распространяется на членов близкого круга и собственной семьи. Очевидно, у них не хватает энергии на «осчастливливание» всех. Дети часто обвиняют их в неискренности чувств, в эмоциональном забвении близких на фоне проявления положительных эмоций по отношению к другим.

Вовлеченность в какой-либо из видов активности сочетается с отсутствием интереса и желания глубокого проникновения во все нюансы этой деятельности. Существует определенный предел, ограничивающий сферу их интересов.

Для экстравертированных чувственных типов характерна поверхностность. Они хорошо выглядят на встречах, собраниях, вечеринках потому, что это не требует от них установления глубоких отношений.

Такие люди незаменимы как прекрасные организаторы социальных встреч. Если им предоставляется слово, они говорят то, что от них хотят услышать и произносят это в наиболее подходящий момент. Они с легкостью скажут необходимый комплимент, заметят приятное, подчеркнут важный нюанс и сделают то, что от них ожидают. Однако, для доверительных отношений, близкого, интимного контакта этого недостаточно. Несмотря на то, что у людей такого типа существуют определенные ценностные приоритеты, убеждения, верования, отрицательное отношение к чему-то и пр., их система ценностей в основном базируется на предлагаемых «свыше» инструкциях.

Их поведение диктуется ситуацией и установкой примерно такого содержания: «Я поступаю так потому, что так принято поступать, так считают все и поэтому это правильно. Это само собой разумеется».

Рационально-логическое мышление используется слабо. Вербализованный продукт обычно содержит то, что заимствовано из рассуждений авторитетного собеседника, из средств массовой информации, из высказываний популярного комментатора, со страниц модного журнала и т. д.

Содержание когнитивной продукции внутренне мало переживается и осмысливается. Фактически, продуцируется не собственное убеждение как таковое, а усвоенное, чужое, заимствованное и адаптированное к социальной ситуации.

У экстравертированных чувственных типов отсутствует исходное недоверие к тому материалу, который ими поглощается. Для них не характерна необходимая информационная настороженность, следствием чего может стать, например, некритичная вера в рекламу. Они критикуют то, что не одобряет окружение, слушают ту музыку, которая нравится социальному слою, к которому они относятся.

На прочность брачных уз оказывает влияние подчиненность определенной привычке и отношение к матримониальному контракту родственников, значимых людей и среды.

Большое внимание придается внешнему виду и обстановке квартиры, решающее значение в убранстве которой имеет постоянная готовность хозяев к возможным неожиданным визитам и «социальной инспекции»: если кто-то придет, все должно быть чисто и «как полагается».

Им присущи недостаточный самоанализ и отсутствие самокритики. Они искренни в своих высказываниях относительно того, что думать - это очень трудно. «Зачем лишний раз напрягаться, когда и так все понятно»,- рассуждают они. Анализ показывает наличие у таких людей психологических проблем, обусловленных недостаточно представленной внутренней психической жизнью. Ролевое поведение занимает в их жизни достаточно большое место, претворяя в реальность жизненное кредо, соответствующее выражению «все наружу и все на продажу».

*Интровертированный мыслительный тип*__характеризуется ориентацией на внутреннюю убежденность. Решение проблемы происходит с использованием исходной субъективной позиции. Интровертированные мыслительные лица предпочитают работать независимо и мало подвержены внешним воздействиям. Испытывают затруднения в межличностном общении, предпочитая контакты по интернету, телефону, электронной почте. Их точки зрения обычно оригинальны, часто противоречат принятым, популярным идеям и не изменяются под влиянием моды и авторитетов. Интровертированные мыслительные типы могут добиваться успехов в различных областях: поэзии, литературе, философии, математике.

Интровертированный чувственный тип характеризуется скупостью внешних проявлений, чувств и поступков. Такие люди выглядят внешне холодными. Создается впечатление нахождения их во власти субъективных факторов. Они не производят впечатления эмоционально теплых, дружески настроенных людей. Несмотря на то, что их чувственная сфера достаточно представлена и интенсивно выражена, она скрыта от посторонних взглядов. Они характеризуются развитой симпатией и пониманием близких друзей. Человеку, которому жизненно необходим контакт с ними, они стремятся прийти на помощь без демонстрации, с желанием оказать необходимую помощь и поддержку. Их эмоции часто направлены на детей, на больных членов семьи. Интровертированное чувство может иногда выражаться в самопожертвовании, проецироваться на творчество, поэзию, музыку, религию.

Поскольку эти люди очень естественны и не умеют разыгрывать роли, они плохо адаптируются к окружающей среде. Если общество заставляет их демонстрировать ролевое поведение, они легко дезадаптируются и не справляются с возложенной на них «ответственностью». Поверхностный психологический анализ таких людей может приводить к диагностической ошибке. Лиц интровертированного чувственного типа иногда неправильно квалифицируют как шизоидных личностей.

В кругу близких людей, с которым их связывают сильные эмоциональные привязанности, их хорошо знают и высоко оценивают. Они незаменимы в трудных ситуациях, на них можно положиться.

Им присущи недостаточный самоанализ и отсутствие самокритики. Они искренни в своих высказываниях относительно того, что думать - это очень трудно. «Зачем лишний раз напрягаться, когда и так все понятно»,- рассуждают они. Анализ показывает наличие у таких людей психологических проблем, обусловленных недостаточно представленной внутренней психической жизнью. Ролевое поведение занимает в их жизни достаточно большое место, претворяя в реальность жизненное кредо, соответствующее выражению «все наружу и все на продажу».

Экстравертированный вариант сенсорного типа представлен веселыми, легковесными людьми с выраженной способностью получать удовольствие и умением радоваться жизни. Опасность заключается в том, что они переоценивают роль ощущений и поэтому часто становятся сибаритами, проводя жизнь в бесконечном поиске удовольствий и постоянном стремлении к новым возбудителям. Они воспринимают все в таком виде, как это преподносит им жизнь: ни больше, ни меньше. Их переживания не отягощены воображением. Они видят и чувствуют, но не фантазируют, не стараются анализировать и рефлексировать свои ощущения. Особое значение придается силе ощущений и масштабу удовольствия, которое эти ощущения доставляют.

Если для экстравертированного варианта представителей сенсорного типа имеет значение объект, который человек видит, воспринимает и ощущает, то для интровертированных личностей сами по себе объекты имеют вторичное значение. Важны, прежде всего, чувства, которые вызывают эти объекты. Действие объекта стимулирует переживания, которые воспринимаются интровертированным сенсорным типом изолированно и самостоятельно от объекта. О самом объекте он может забыть. Как только объект выполнил функцию триггера какого-то переживания, которое переместилось на первый план и заняло главенствующее положение в иерархии ценностей и интересов, сам объект становится второстепенным.

Лица интровертированного сенсорного типа испытывают затруднения в самовыражении. Их трудно правильно понять. Охваченность впечатлениями требует времени, необходимого для ассимиляции и рефлексии увиденного. Встреча с какой-либо ситуацией или предметом является толчком для развития соответствующего переживания и впечатления. По-видимому, в процессе создания воображаемых имиджей задействуется коллективное бессознательное. Наличие четкого осознания реальности не влияет на прекращение этого субъективного процесса. Человек интровертированного сенсорного типа может, например, увидеть в листьях деревьев очертания человеческих лиц; раскачивающиеся от ветра ветки деревьев могут ассоциироваться с листами бумаги с нанесенным на них иероглифическим текстом; красного цвета трамвай восприниматься как огненный дракон и т. д.

Возможны ощущения оживления неодушевленных предметов, которые могут восприниматься как какие-то животные. Они обладают способностью ощущать или «видеть» привидения.

Интровертированный интуитивный тип – это тип людей, на которых коллективное бессознательное действует особенно сильно. Они фиксируются на субъективных, странных и необычных, с точки зрения экстраверта, ситуациях и явлениях, недоступных для понимания окружающих. Актуализированная интровертированная интуиция создает особый тип человека. Это мистический мечтатель, провидец. Для таких людей характерны видения, откровения религиозной и космической природы, пророческие сновидения; воображение насыщено образами архетипного характера.

Такие люди, как правило, изолированы, одиноки, непонимаемы. Они живут в мире фантазий, но иногда вступают в социальные контакты, находя при этом адекватную, коллективно воздействующую форму выражения. В таких случаях они могут

сформировать группу людей, на которых производят большое впечатление и становятся лидерами сект, групп, эзотерических культов. Они выглядят странными, но обычно социальной опасности не представляют, за исключением тех случаев, когда их охватывает внутреннее видение, или ими овладевает внутренняя сила, которая может быть опасной в связи с возможностью трансформации в особый тип фанатизма.

Анализ таких людей, с точки зрения современной психиатрической классификации, показывает совпадение их личностных характеристик с шизотипическим типом личностного расстройства. Общими, как для тех, так и для других являются странные верования; магическое мышление, несоответствующее субкультуральным нормам; суеверие, вера в телепатию, ясновидение, шестое чувство, странные фантазии; идеи отношения, исключая бредовые; выраженная социальная тревожность, дискомфорт в социальных ситуациях с незнакомыми людьми; необычные переживания в плане восприятия; иллюзии, ощущения присутствия силы или человека, которого здесь нет; странное, эксцентрическое поведение или вид, необычные манеры, разговор с самим собой; отсутствие близких людей или тех, кому можно доверять; странный, обедненный, непонятный, слишком абстрактный язык; неадекватный или суженный аффект, подозрительность.

Индивидуация

Jung встретился с проблемой индивидуации при анализе пациентов, жалующихся на разлад отношений с собой. Они отмечали, что с какого-то времени утратили интерес ко многим вещам и не могли «найти» себя. Работа перестала приносить им удовлетворение; смысла к дальнейшему зарабатыванию денег не было; развлечения, которые раньше радовали, стали неинтересны. Это были обеспеченные зрелые люди, которые добились в жизни многого.

Jung предположил, что эти состояния обусловлены потерей контакта с бессознательной частью психики, чрезмерной акцентуацией сознательного подхода. Такое нарушение баланса приводит к возникновению чувства внутреннего психологического дискомфорта. Теряется цель и смысл жизни и возможность найти в себе экзистенциальную мотивацию.

Jung связывал это состояние с потерей связи с *архетипом Self'a.* Единственный способ помочь таким людям заключался в том, чтобы разблокировать канал взаимодействия с бессознательной частью психики. Процесс установления потерянной связи и приобретение целостности Jung назвал *индивидуацией.*

По мнению автора, если человек не использует какую-то часть своей психики, он не является целостным индивидуумом. В случае восстановления баланса, возникшее нарушение компенсируется. Для того, чтобы обрести целостность, необходимо восстановить функционирование тех сторон личности, которые не принимались во внимание в течение длительного промежутка времени. Какая-то часть этих составляющих находится в бессознательной сфере и человек часто не использует те возможности, которыми он потенциально обладает.

Человек не может быть целостным, если он развивает только одну психическую функцию, например, совершенствует интеллект и подавляет эмоции, вытесняя их в бессознательное. В то же время нельзя жить только одними импульсами из бессознательного. Сознание и бессознательная часть психики не составляют единого целого, если одна из них подавлена. Они должны иметь равные права, поскольку это два равновеликих аспекта жизни. Сознательная часть должна защищать свою разумность и рациональность, а хаотическая жизнь бессознательного иметь шанс проявлять себя, насколько человек, не теряя чувства реальности, может ее интегрировать. В противном случае прессинг бессознательного возрастает и оно может вторгнуться в сознание и разрушить ego, делая поведение человека неадекватным.

Целостный человек более совершенен. Он представляет собой индивидуум, который живет творческой жизнью, используя свои возможности. Такая жизненная стратегия делает жизнь привлекательной, разнообразной и насыщенной мотивацией. У целостного человека присутствует выход за пределы себя, он связан с чем-то большим, чем он сам.

Процесс индивидуации характерен не для первой половины жизни, а для зрелых лиц. Некоторые ситуации, явления и процессы могут натолкнуть человека на необходимость индивидуации. Это могут быть серьезное заболевание, которое заставляет заново переосмыслить жизнь; какое-то необычное переживание, в результате которого открываются новые горизонты и иные аспекты жизни; перенесение психического заболевания.

Индивидуация происходит у тех, кто в полной мере проэксплуатировал сознательную часть своей психики и столкнулся с повторением одних и тех же явлений и процессов. Такие люди часто ведут себя стереотипно в жизненных ситуациях, и сама жизнь становится для них однообразной и скучной. Типично чувство пустоты и отсутствия смысла жизни.

Jung считает, что, если условно разделить жизнь на две половины, то первая характеризуется преобладанием экстравертированных интересов одностороннего развития, необходимостью приобретения определенных знаний, навыков, поиска себя в мире, в профессии, в отношениях с людьми, создания определенного социального статуса, общественного положения и т. д. С этой целью приходится концентрироваться на какой-то одной психической сфере своей личности. Процесс достижения социальной адаптации захватывает почти всю психическую энергию.

Во второй половине жизни задачи, присущие первой части, лишаются своей привлекательности. Многое тускнеет, теряет новизну, поэтому возникает проблема нахождения нового смысла и цели в жизни. Эту цель лучше искать там, на что ранее не обращалось должного внимания, в кладовых пренебрегаемой ранее бессознательной и неразвитой части личности.

Процесс индивидуации Jung описывает как психологическое путешествие, которое может быть трудным, достаточно мучительным, содержащим в себе возможность потерпеть поражение. Иногда человек начинает ходить по кругу, хотя, скорее всего, речь идет о спиральной траектории путешествия.

Используя язык юнгианского анализа, в начале этого путешествия человек должен встретиться со своей тенью, изучить ее, научиться жить с этой не всегда приятной стороной своей личности, которую раньше он не всегда ценил и принимал и поэтому вытеснял. Целостность невозможна без признания и распознавания противоположности.

В этом психологическом путешествии человек должен встретиться с архетипами коллективного бессознательного. Естественно, что при этом возникает опасность быть проглоченными этими архетипами, поэтому здесь необходимы контроль и критика. Когда какая-то часть архетипов начинает осознаваться, человек приближается к «сокровищам», которые трудно найти. Полное соприкосновение с «золотым цветком» - с центром себя, с архетипом целостности невозможно. Эта задача никогда до конца не выполнима. Разные люди «заходят» на разные расстояния по маршруту психологического путешествия.

Бессознательное может быть познано только путем определенных переживаний. Когда оно возникает в виде какого-то переживания, оно уже не есть бессознательное в полном смысле этого слова. Ранее неосознанная часть психики находит свое место в сознании. Бессознательное может возникать в сновидениях, в видениях, фантазиях в, казалось бы, бессмысленных идеях, которые возникают время от времени или внезапно врываются в сознание и овладевают психикой, подобно наводнению. Те, кто переживал нечто подобное, говорят, что при этом возникает страх потери рассудка. Страх сойти с ума часто связан с архетипными переживаниями, с тем, что человек прикасается к бессознательному, или оно прикасается к нему.

Hedges (2001) в «Ужасающих Трансференсах» пишет, что, когда в процессе психоанализа аналитик выходит на переживания, свойственные очень раннему возрасту, многие пациенты находятся на грани потери сознания. Они испытывают состояние ужаса. У них развиваются обмороки. Автор связывает подобные проявления с выходом на переживания довербального периода, которые были вытеснены и забыты. Во время анализа они прорываются в сознание и приводят к соматическим реакциям разрушающего характера. Но это – только одна сторона медали, другая, с точки зрения юнгианской психологии, заключается в том, что возникновение таких реакций отражает выход на архетип деструкции, выражением которого, очевидно, может быть аутодеструктивный драйв. В случае оживления такого архетипа пациент переживает ощущения гибели, распада, падения в пропасть и т.д.

Сновидения, которые инициируют индивидуацию, относятся к категории Больших Сновидений. Чаще всего они встречаются у людей с жалобами на признаки отсутствия смысла жизни. Появление таких сновидений наталкивает на желание остановиться, переосмыслить многое из того, что уже сделано и что еще предстоит совершить, обратить внимание на «дремлющие», неактивизированные психические явления, процессы и состояния. Подобное заполнение психологического вакуума вызывает трансформацию личности.

Акцент на индивидуацию лежит в основе юнгианской аналитической терапии. Индивидуация иногда описывается как Второе Рождение, которое ознаменовывается нахождением нового смысла и новой окраски жизни, когда все окружающее воспринимается свежим, ярким, сочным и колоритным. Упоминание о таком обновленном мироощущении содержатся в работах Гроффа, который описывал эффект обновления, оживления и видения необычного света пациентами, принимающими ЛСД-25. При этом они отмечали, что именно таким насыщенным и ярким воспринимался цвет в детстве, но во взрослой жизни это восприятие потерялось.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ADLER'A

Современная трактовка учения A.Adler'a (1927,1964,1978,1982) включает в себя следующие положения:

1. Концепция, предложенная Adler'ом, называется индивидуальной в связи с тем, что внимание фиксируется на уникальности каждого человека.

2.Человека как личность можно понять, оценив его с точки зрения социальной, а не только биологической перспективы.

3.Эффективная коррекция нарушений невозможна без понимания индивидуальных целей, специфичных для каждого человека.

4.Каждому человеку свойственна внутренняя, врождённая тенденция к социальному интересу и к холистическому, целостному подходу.

5.Акцент в изучении человека должен делаться на психологическом росте и на свободной воле.

Положения теории Adler'a представляют особый интерес, так как они вступают в противоречие с детерминистическим подходом, свойственным классическому психоанализу.

Согласно Adler'у, люди отличаются друг от друга своими целями и тем, как они стараются достичь их. Иными словами, люди отличаются «стилем жизни».

Адаптация (психологическое здоровье) включает в себя социальные взаимодействия, тем не менее, каждый ответственен за своё здоровье, которое немыслимо без *социального интереса.* При отсутствии социального интереса возникает подверженность к развитию нарушений приспособления.

В отличие от Jung'a, большое внимание уделяется детскому развитию. Родители оказывают существенное влияние на детей. Улучшению родительского воспитания способствует обучение, проводимое в рамках социального тренинга. Особое значение имеет обстановка и воспитание в школах.

Общество влияет на людей, создавая социальные, в том числе и сексуальные роли.

Органная недостаточность в виде нарушения биологической функции влияет на человека, направляя развитие его личности, поскольку каждый индивидуум старается компенсировать эту недостаточность.

Комплекс неполноценности

Основная мотивация рассматривается как стремление человека к движению от ситуации минусового эмоционального состояния к плюсовому, от чувства неполноценности (инфериорности), к чувству совершенства (супериорности). Это движение «запускается» отрицательными эмоциями.

В детстве ребёнок чувствует себя беспомощным от того, что его выживание зависит от других людей. Эта исходная инфериорность может интенсифицироваться в дальнейшей жизни в случае наличия врождённых дефектов.

Нормальное чувство слабости, свойственное каждому, интенсифицируется врождённой неполноценностью. Психологическая задержка развития также может быть источником инфериорности, проходя под девизом: «Я навсегда останусь ребёнком». Инфериорность ребёнка может усиливаться при сравнении себя с другими детьми, при невозможности отвечать социальным требованиям.

Наличие маловыраженной недостаточности (слабый орган) может стать основой развития различных защитных форм поведения, которые могут быть неадекватными. Например, человек выбирает стиль поведения, при котором он эксплуатирует свои физические недостатки, рассматривая их как извиняющее, независящее от него обстоятельство, препятствующее выполнению жизненных целей.

Здоровое приспособление характеризуется стремлением ребёнка преодолеть недостаток, попыткой компенсировать его. Возможна и гиперкомпенсация недостатка, в результате которой можно добиться многого. Однако, не каждый человек, обладающий недостатком, способен успешно его компенсировать. Здесь важно само стремление к преодолению, активизация мотивации. Если компенсация не удается, теряется вера в себя, в возможность преодоления трудностей, развивается комплекс неполноценности.

Стремление к получению «чувственного плюса» может принимать не только социально приемлемые, но и агрессивные формы.

Adler описывает «маскулинный протест», заключающийся в том, что агрессивность и повышенная активность рассматриваются как маскулинные черты, а подчинённость и субмиссивность как женские. Женщины могут быть мотивированы маскулинным протестом в своей борьбе против дискриминации по половому признаку (сексизм), что приводит их к ориентированности на успех, карьеру, позднее осуществление матримониальных перспектив, наличие одного ребёнка и др.

Adler считает, что человеку свойственно стремление к супериорности, что не эквивалентно самосовершенствованию. Это стремление часто носит неразумный, невротический характер, приводя к усилению внутреннего чувства неполноценности. Некоторые лица с различными нарушениями, подавляя своё чувство неполноценности, гиперкомпенсируют его, убеждая себя в том, что они лучше и сильнее других. Внешняя уверенность, выраженная в поведении, маскирует бессознательное чувство неполноценности. Такие люди часто ведут себя развязно, нагло, проявляют нарциссические черты, преувеличивают свои достижения, демонстрируют свое превосходство, манипулируют другими.

Фикциональный финализм

Индивидуальная психология исходит из того, что понимание психологических феноменов невозможно без принятия во внимание телеологической силы, которая выражает себя в стремлении к цели. Телеологическая сила носит мистический и в то же время творческий характер. Стремление к достижению финальной цели не может быть объяснимо в рамках причинно-следственного подхода, также как и драйвами или импульсами. Все поведение, переживания, механизмы сексуального развития должны рассматриваться в перспективе индивидуального способа их видения, который «подчиняет всю жизнь финальной цели» (Ansbacher H., Ansbacher R. (1956).

Личность человека по своей природе является творческой. Внешние факторы «предлагают» человеку сделать жизненный выбор, но не полностью детерминируют будущее. Так как Self креативен, каждый является творцом своей личности. Такую ситуацию можно назвать имиджем отсутствующего сейчас того, чего хотелось бы достичь. Эта воображаемая цель и желаемое будущее называется Adler'ом фикциональным финализмом. Фикциональный финализм определяет направление индивидуальных стремлений. Не следует думать, что у человека существует чётко осознаваемая идея того, чего он хочет достичь. Цель, находясь «в тумане», осознается лишь частично. Неизвестная часть цели находится в бессознательном. В течение жизни цель может модифицироваться при сохранении общей направленности. И если здоровый человек модифицирует цель, то человек с нарушениями, имея ригидный финализм, ведёт себя дезадаптивно. Поскольку фундаментальная мотивация заключается в движении в соответствии с функциональным финализмом, человека нельзя понять, не зная его уникальной цели. Финализм способствует созданию уникального стиля жизни.

Adler «отбрасывал» идею конфликта между сознанием и бессознательным, называя её «искусственным разделением, имеющим происхождение в психоаналитическом фанатизме». Автор был убеждён, что сознание и бессознательное работают вместе чаще, чем конфликтуют между собой.

Стиль жизни, приобретаемый человеком, включает в себя помимо цели, к которой человек стремится, концепцию Self'a и мира.

Значение самых ранних воспоминаний

Большое значение придаётся Adler'ом первым воспоминаниям. Стиль жизни устанавливается в возрасте от 4 до 5 лет. Ключом к идентификации стиля жизни каждого человека являются первые воспоминания, обычно с 3, 5 лет. Первые воспоминания «продуцируются» человеком в связи с тем, что о некоторых из них он думает, его мысли часто самопроизвольно к ним возвращаются, особенно в периоды релаксации перед сном, во время отдыха. Совершенно неожиданно вспоминается то, что когда-то было субъективно важно. Так включается ранняя память. Воспоминания могут быть неточными, ошибочными, но они помогают разобраться в личности.

Mullen M. (1994) обратила внимание на то, что первый ребёнок и девочки характеризуются более ранними первыми воспоминаниями. Проводя сравнительное исследование ранних воспоминаний у населения разных этнических групп, автор установила то, что в евроамериканских группах ранние воспоминания регистрировались в среднем раньше, чем в азиатских группах. Это различие объяснялось большей акцентуацией на индивидуальности в западных культурах, по сравнению с культурами Азии.

Adler относился с подозрением к сообщениям пациентов о воспоминаниях, связанных с моментом их рождения, считая однако, что даже фантазии на эти темы имеют психологическое значение. Adler считал, что воспоминания на эту тему

представляют историю жизни человека. Повторяющиеся воспоминания предупреждают о чем-то, помогая правильно отнестись к событиям настоящего и оценить будущее.

Ansbacher H., Ansbacher R. (1956) считают, что эти воспоминания приводят к тому, что человек встречает будущее с уже сформированным, апробированным стилем действий. Ранние воспоминания, таким образом, являются ключом к стилю жизни человека. Например, воспоминания о несчастном случае суггестируют стиль жизни, основывающийся на постоянном избегании опасности, фиксируя поведение избегания. Воспоминания о матери могут суггестировать заботу, или её отсутствие. Так, например, пациенты, страдающие факцисиозными расстройствами, вспоминают комфорт, связанный с болезнью в детстве.

Многие психодинамически ориентированные специалисты на основании собственного опыта приходят к заключению о наличии у пациентов желания рассказывать о своих воспоминаниях. Итервьюируемые даже не догадываются о степени своего «раскрытия» в связи с тем, что ими не используются при этом присущие им психологические защиты.

Bruhn (1992), предложивший метод интерпретации ранних воспоминаний, отмечал, что в нем устанавливается главная структура памяти, что позволяет определить значение общих форм воспоминаний для текущей жизни. Например, воспоминания автора о том, как он убежал из спортивного зала после падения со снаряда, оказались сопряжёнными с его поведением избегания при встрече с трудностями в достижении цели в дальнейшей жизни.

Психиатрические пациенты, совершившие преступления, сообщали о ранних воспоминаниях, касающихся насилия, что отличается от воспоминаний пациентов, не совершавших насилия. Например, правонарушения, совершённые группой риска, то есть лицами, вспоминающими о ранних психологических насилиях, регистрировались в 14 раз чаще, чем в других группах. Таким образом, ранние воспоминания являются важными личностными характеристиками.

В настоящее время для психодиагностики используется тест Altman , Rule (1980), получивший название «Вопросник ранних воспоминаний». Elliott с соавторами (1987) подчёркивал связь ранних воспоминаний с профессиональным интересом и выбором. Davidov с соавторами (1990) и Bruhn (1992) отмечали связь ранних воспоминаний с делинквентным поведением.

Arnow, Harrison (1991) установили, что пациентам с пограничными состояниями свойственны отрицательные ранние воспоминания, а пациенты с другими нарушениями, например, с гистрионическими, сообщают о более счастливых воспоминаниях.

Стиль жизни

В индивидуальной психологии большое значение придаётся поведению родителей, которые могут помочь или задержать развитие здорового стиля жизни. Родители беспомощного ребёнка, испытывающего чувственный минус, могут предупредить развитие у него непсихотических нарушений, защищая ребёнка от выполнения слишком трудных задач, показывая ему при этом, что он может выполнить сначала менее, а потом и более трудные задачи.

Родители совершают ошибку, стараясь вызвать у детей чувство превосходства по отношению к другим, воспитывая их со ставкой на лидера, предъявляя непомерные требования, относясь саркастически к их поражениям и неудачам.

Важным в воспитании ребёнка является формирование у него социального интереса и кооперативного социабельного подхода, отличающего здоровый стиль от нездорового. На формирование этих процессов оказывает особое влияние мать, проводящая большее количество времени рядом с ребёнком. На это указывают Rothbaum F., Weisz I.R. (1994). Эти же авторы связывают агрессивное поведение детей с

неправильным воспитанием, подчёркивая значение внедрения в жизнь программ специального тренинга родителей. Dinkmeyer D., McKay (1976) разработали «тренинг эффективного родительства», основная цель которого научить родителей понимать причины нарушения поведения у детей, с целью эффективного влияния на них.

Dreikurs, Soltz (1950) идентифицировали четыре цели детского поведения:

1.привлечение внимания к себе,

2.борьба за власть,

3.стремление отомстить, отыграться,

4.проявление неадекватности и эксплуатация своего недостатка (попытка обыграть в положительном плане свою неспособность выполнить определённое действие).

Социальный интерес

Чем более выражен социальный интерес, тем в большей степени усилия человека направлены на решение социальных задач, выполнение полезных дел. В этом заключается отличие социального интереса от эгоцентричных целей. *Чем в большей степени выражен социальный интерес, тем человек более психологически здоров*. Если человек в своих действиях руководствуется только эгоцентрическим подходом, он оказывается несчастным, как бы он себя ни убеждал в обратном.

Концепция социального интереса помогает корректировать сверхакцентуацию индивидуализма в западных культурах. Социальный интерес это не просто стремление к какой-то особой эмоции, это внутренний потенциал человека, направленный на реализацию возможности жить кооперативно с другими людьми. Он помогает личности оценивать общее дело выше собственного благополучия. Хотя социальный интерес – это врождённый потенциал, его нужно воспитывать. В детском возрасте именно мать служит первым мостиком к социальной жизни, поскольку ребёнок ей доверяет и любит её. Усиление кооперативной интеракции с другими должно быть элементом воспитания, естественно, не доводимым до абсурда.

Социальный интерес можно сравнить с социальной эмпатией, определяемой как забота о переживаниях другого человека, помогающая человеку участвовать эмоционально как в радостях, так и в страданиях других. Необходимо обучить человека не только на когнитивном уровне вживаться в жизнь другого человека, оценивать её перспективы и понимать, как кто-то другой переживает данную ситуацию.

В этом плане интересно, что согласно Zahn–Waxler, Radke–Yarrow (1990) эмпатия обнаруживается у детей уже в двухлетнем возрасте.

Современные исследования подтверждают мнение Adler'а о необходимости «подпитки» социального интереса, который может быть подавлен в зародыше при неблагоприятных ситуациях у родителей, которые могут осуществлять насилие над ребёнком в социальном плане, могут быть агрессивными, депрессивными, могут отсутствовать, нарушая тем самым моральное развитие ребёнка.

Сторонники этого направления считают, что многие непсихотические нарушения имеют свои корни в неадекватном социальном интересе. С точки зрения психиатрии отсутствие социального интереса обнаруживается у больных шизофренией, проявляющих сниженную эмпатию, у лиц, совершивших преступления и самоубийства.

Baumeister (1990) отмечал, что самоубийство включает в себя потерю ответственности и страха, заключающегося в том, что другие отнесутся к этому отрицательно. Человеку, неспособному понять, в какой мере его родители или близкие будут страдать по поводу совершённого им поступка, легче совершить самоубийство.

Joubert (1989) обнаружил, что у женщин социальный интерес выражен в большей степени, чем у мужчин.

Отсутствие социального интереса приводит большие группы людей по направлению к пропасти самоуничтожения. В обществе, подавляющем социальный

интерес физическими наказаниями, насилием, неспособностью обеспечить достаточно широким слоям населения стабильное и достойное существование возникает опасность самоуничтожения.

Здоровые социальные учреждения, включая религиозные, исповедуя принцип любви к ближнему, могут усиливать социальный интерес.

Существует шкала социального интереса (Crandall, 1991) и индекс социального интереса, разработанный Griever, Tseng (1973). Согласно этому индексу те из опрошенных, кто получает большое количество очков по социальному интересу, получают мало очков по нарциссизму, у этих людей мало развито отчуждение, они имеют низкие показатели по шкалам MMPI, отражающим дезадаптацию (Miller M.Y., с соавт., 1987).

Watkins, Hector (1990) отметили корреляцию социального интереса с социально полезным поведением. Внимание авторов обращается на сочетание высокого социального интереса с высоким уровнем удовлетворённости жизнью и работой. Elliott (1987) отмечал свойственную таким людям более высокую продолжительность жизни и меньшую заболеваемость.

Жизненные задачи

Adler выделял три основные жизненные задачи (цели), стоящие перед человеком. К первой из них относится зарабатывание денег и получение удовольствия от выполнения социально полезной *работы.* Такая занятость, способствующая благополучию, и полезность воспитывается в нормальных условиях детства и отражается в высказываемых детьми желаниях о том, кем они хотят быть. Переживания ребёнка изменяются по мере столкновения с реальностью.

Криминальный стиль жизни может исключать из списка целей, стоящих перед человеком, такую задачу, как работа. Недостаточность первой цели можно заметить у ребёнка очень рано. Поэтому антисоциальное личностное расстройство даже в современной классификации диагностируется раньше других на 3 года, а признаки, ему сопутствующие, устанавливаются ещё раньше.

Вторая жизненная задача–*любовь,* относящаяся к сексуальным отношениям, к браку и решению иметь детей. Adler не очень фиксировался на этой задаче, будучи ортодоксальным и классически «правильным» человеком, рекомендующим, например, моногамию как лучшее решение любовной задачи, выступая против добрачного секса и пр.

Третья жизненная задача – *социальные интеракции*, относящиеся к проблеме отношений человека с другими. Эта задача не нашла отражения у Freud’а и Jung’а. Так, например, Freud, описывая здорового человека, полагал, что ему достаточно любви и работы. Adler исходил из того, что человек выполняет производственную задачу лучше, если он проявляет высокий социальный интерес. Социальный интерес предохраняет человека от самоцентрированного нарциссттического подхода .

Три перечисленные задачи взаимосвязаны, ни одна из них не может быть адекватно решена, если у человека нет достаточного социального интереса.

С точки зрения Balint M.(1994), существует и четвёртая, не рассматриваемая Adler'ом задача, такая, как *творчество.*

Внимание родителей должно быть обращено на воспитание у ребёнка необходимого уровня доверия к решению этих задач. Оптимистически настроенный ребёнок верит, что задачи достижимы. Пессимист относится с недоверием к возможности своего успеха.

В центрах, работающих с использованием концепций Adler'a, родителям предлагаются следующие *советы по воспитанию здорового ребёнка:*

1.воодушевляй ребёнка, а не старайся наказать его;

2.будь твёрдым, но не доминирующим;
3.проявляй уважение к ребёнку;
4.соблюдай порядок, не делай из жизни хаоса;
5.стимулируй кооперацию;
6.не уделяй ребёнку слишком много внимания;
7.не вступай в соревнование с ребёнком , показывая свою силу;
8.проявляй себя действиями, а не словами;
9.не проявляй слишком явно большую любовь;
10.будь последовательным.

Психологически нездоровый ребёнок имеет следующие характеристики: он может быть несоциальным, он мучает животных, проявляет садизм по отношению к более слабым, уходит в сторону в случае возникновения какого-либо конфликта, не играет с другими детьми либо портит их игру.

Наличие и степень выраженности социального интереса у ребёнка должны выявляться в школе. Существующие за рубежом школы по предупреждению аддиктивного поведения детей (США) и клубы для подростков строятся на повышении социального интереса.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ HORNEY

От человека, живущего в современном обществе, требуется достаточная экстравертированность. Лица, у которых она недостаточно представлена, в чем-то проигрывают уже исходно. Каждый человек рождается с генетически заложенной в нём способностью к экстраверсии, поэтому из двух сиблингов, один из которых более, а другой менее экстравертирован, первый изначально находится в лучшем положении. Ему легче приспособиться к школе, легче проявить себя в дальнейшем потому, что он, по сравнению со своим братом, более социально активен и поэтому обращает на себя гораздо больше внимания окружающих.

Экстравертированности можно обучиться в процессе жизни. Компенсация возможна, но при этом необходимо учесть, сколько лет уйдет на обучающий процесс, и каких усилий это будет стоить. Переучивание может сделать человека экстравертированным, но, несмотря на этот паллиативный успех, необходимые социальные контакты будут даваться ему с большим трудом. Истинные сложности такого стиля поведения могут быть незаметны для окружающих, но опустошающая человека постоянная внутренняя борьба требует от него постоянного напряжения и усилий по преодолению интраверсии. Человек, который вынужден вести себя не так, как ему легче, а так, как ему труднее, функционирует с большими энергетическими затратами, поэтому последствиями такой стратегии могут стать психосоматические заболевания. На социальном уровне это было показано на примере Испании и Португалии, переживших трансформацию традиционного общества в современное.

Интерес к направлениям психонализа, учитывающим социальные факторы, в последнее время значительно возрастает. Одним из направлений, которое сегодня пользуется сравнительно большой популярностью, является социальный подход Horney.

Главная концепция теории Horney заключается в нескольких основных положениях.

Первое положение касается индивидуальных различий

Horney (1937) подчеркивает, что люди отличаются друг от друга балансом трех межличностных ориентаций, проявляющихся в движении человека по направлению к окружающим, против них и в сторону. На эти ориентации влияют разные представления людей о себе, наличие различных идеализированных Я и разная приспосабливаемость к свойственной человеку «основной тревоге».

Второе положение посвящено адаптации и приспособлению

Психическое здоровье в контексте адаптации и приспособления включает сбалансированные межличностные стили, обеспечивающие продуктивные движения человека в границах этих трёх направлений. В противном случае развиваются расстройства, которые, с точки зрения Horney, следует корригировать, прежде всего, с использованием психоаналитических подходов.

Положение о когнитивных процессах

Когнитивные процессы включают различные защитные механизмы, которые ограничивают инсайт-понимание, умение «схватывать» себя. Психоанализ является предпочтительной терапией, важным дополнением к которой служит *самоанализ.* Когнитивный процесс самоанализа приводит к психическому росту человека. Процессы, ограничивающие инсайт, теряют при этом свою силу и значимость.

Социальные факторы

Влияние общества и культуры чрезвычайно важно в формировании личности. Из всех допустимых биологических влияний Horney подчёркивает значимость ролей, связанных с полом.

Положение о биологических влияниях

Биологические влияния в теории Horney если не игнорируются, то учитываются как крайне незначительные, особенно по сравнению с классическим психоанализом, акцентуирующим влияние сексуального и аутодеструктивного драйвов.

Развитие ребенка

Фундаментальными эмоциями ребёнка являются основная тревога и враждебность, развитие которых происходит на основе неадекватных родительских отношений и «неадекватной родительской любви». Horney фиксирует внимание на значении детского периода, полагая, что во взрослом периоде происходят лишь незначительные события, не способные повлечь за собой сколько–нибудь серьёзных изменений.

Положение о развитии взрослого человека

По прошествии детского периода жизни человек меняется мало. Согласно Horney, причиной наиболее важных конфликтов являются не либидинозные фиксации, на которые указывает психоанализ, а неразрешенные межличностные проблемы, «произрастающие» из раннего детства и сфокусированные на взаимодействиях между родителями и ребенком. Периодам раннего детства автор придает не меньшее значение, чем класические психоналитики, но рассматривает их подругому.

По Horney, культуральные факторы оказывают наибольшее влияние на развитие личности, и психологические отличия, например, женщины от мужчины, связаны не с анатомическими факторами, а с влиянием социальной среды. Подтверждением данной концепции служит нелепое, но часто всречающееся в литературе положение о злокачественности течения алкоголизма у женщин. Корни женского алкоголизма лежат не в биологических и анатомических особенностях, а в социальных факторах. В обществе сформировалась разная толерантность к употреблению, а тем более к злоупотреблению алкоголя мужчинами и женщинами. То, что позволительно мужчине, абсолютно исключено для женщины. Это приводит к тому, что, если у женщины возникают алкогольные проблемы, ей значительно труднее обратиться за профессиональной помощью в свзязи с наличием в обществе социального барьера, который мешает ей стигматизировать себя как алкоголичку. Отсюда поздняя оращаемость к специалистам, неблагопрятное течение процесса и неутешительный прогноз.

Положение о базисной тревоге и базисной враждебности

Дети в раннем возрасте чрезвычайно зависят от родителей. Зависимость обусловлена необходимостью физического выживания и психологической безопасности.

В идеальном варианте ребенок чувствует, что она/он любимы и защищены родителями, поэтому у него возникает ощущение безопасности. В менее идеальном варианте при более неблагоприятных обстоятельствах ребенок ощущает беспомощность и ранимость.

Детское чувсто беспомощности, особенно при отсутствии адекватной родительской любви, продуцирует чувство *основной тревоги*. Horney описывает это состояние как «чувство ребенка, что он изолирован и беспомощен потенциально враждебному миру».

Родительское пренебрежение ребенком, игнорирование и отбрасывание делают его злым, сердитым, раздражнным и гневливым. Комплекс чувств, который развивается в случае родительского пренебрежения, недосягаемости и недоступности матери, Horney назвала *основной враждебностью*. Это состояние присуще, в той или иной степени, каждому ребенку.

Маленький ребенок не может выразить эту враждебность из-за страха наказания или потери любви. Страх порождает необходимость репрессии базисной враждебности на самых ранних периодах развития. Таким образом, события развиваются согласно схеме: на фоне основной тревоги, связанной с беззащитностью и беспомощнстью, появляется враждебность, которая репрессируется в бессознательное. Подавление враждебности не уменьшает, а, наоборот, еще в большей степени усиливает свойственные ей переживания, поскольку к ним добавляются чувства ненужности и потери любви.

Развивается основной конфликт между фундаментально противоположными подходами, которые ребенок приобрел по отношению к другим людям. С одной стороны, он нуждается в родителях, хочет приблизиться к ним, а, с другой – ненавидит их и хочет наказать потому, что именно они вызвали у него эту басизную враждебность. Так возникает *конфликт между любовью и ненавистью*. Поскольку это эмоциональное противостояние формируется рано, оно приближается по своим характеристикам к драйву и, естественно, сказывается на дальнейших отношениях с другими людьми, провоцируя *межличностные конфликты.* В этом и состоит одно из отличий теории Horney от классического фрейдистского психоанализа, который определяет либидинозный конфликт как конфликт между сексуальным желанием и ограничивающими, сдерживающими его силами общества.

Ребенку доступны *три выбора* и три межличностные ориентации.

Первый: ребенок может акцентуировать зависимость и двигаться по направлению к родителям, полностью подчиняясь им.

Второй: он может акцентуировать враждебность. При таком развитии событий ребенок выступает против родителей и ведет себя агрессивно.

Третий: ребенок может отказаться от отношений, уйти в себя, отгородиться от родителей и «инкапсулироваться».

Выбор способа решения конфликта и основной стратегии зависят от условий конкретной семейной среды. Ребенок отдает предпочтение стратегии, которая наиболее адекватна окружающей его семейной обстановке. Сделанный выбор становится чертой его характера, особенностью личности и определяет преобладающую в отношениях с людьми позицию.

В идеале психически здоровый человек должен уметь двигаться по направлению к людям, против них, или в сторону от них. Психическое здоровье заключается в гибкости, возможности менять и выбирать стратегии, которые лучше соответствуют конкретным обстоятельствам. Человек с психологическими проблемами, которого раньше называли «невротиком», настолько охвачен тревогой, что это мешает ему выбрать одно из адекватных направлений даже в благоприятной или нейтральной для него ситуации.

На выбор направления влияют особенности и стили воспитания. Если ребенку не разрешалось никоим образом критиковать ситуацию, родителей и пр., ему будет трудно проявлять эту критику в дальнейшем в силу отсутствия соответсвующих навыков. Ребенок, который предоставлен самому себе, в процессе развития будет испытывать

трудности в движении по направлению к людям. Ему будет трудно сформировать коммуникативную компетентность.

Лица с различными психологическими проблемами наиболее часто чрезмерно фиксированы в поведении на каком-нибудь одном направлении. Horney считает, что на этом основании можно проводить дифференциацию болезненных состояний. Она пыталась сравнивать их с механизмами защиты у животных: с борьбой, бегством и подчинением.

«Невротики», которые акцентуируют *движение по направлению* к людям, делают все для того, чтобы приобрести любовь другого человека и окружащих. При этом они минимизируют собственные потребности и нужды, поскольку считают, что, если будут выдвигать какие-то требования, то не будут любимы и не приобретут необходимой безопасности.

Призывом к любви является самосглаживающее и саморастворяющее поведение. Это движение по направлению к людям выражается в болезненной зависимости от них с доминирующей потребностью в партнере, друге, любовнице/любовнике с полным подчинением этому человеку, отказом от собственных желаний, чувством собственной слабости, беспомощности, низкой самооценке, недоверием к себе. Рассуждения такого человека укладыватся в следущую схему: «Окружающие более достойны и более совершенны, чем я. Если меня покинут, то я никого больше не найду. Меня могут покинуть всегда потому, что у меня нет никаких положительных качеств. Моим единственным достоинством может стать незаменимость. Если я стану незаменимым, то это в какой-то степени поможет мне решить мою проблему». Подобные чувства могут включать в себя элемент мученичества, жертвенности, необходимости пострадать за других. Актуализируются постоянная потребность в любви, выраженный страх быть покинутым, ощущение собственной значимости и полноценности только в пределах таких отношений. Девиз, который проходит красной линией через всю жизнь, звучит так: «Если ты меня любишь, ты не причинишь мне вреда. Если я буду подчиняться, я буду в безопасности, и никто не сможет навредить мне».

Следование выбранному движению по направлению к людям требует постоянного подавления враждебности, которая, будучи вытесненной в бессознательное, продолжет существовать в нем. Это не может не сказаться на психосоматическом здоровье лиц, избравших первый тип взаимоотношений. Для них характерны частые головные боли, приступы внезапно наступающей слабости, головокружение, проблемы, связанные с работой пищеварительной системы, астения и пр.

«Невротики», которые предпочитают *движение против* людей, присваивают себе право экспансивного решения проблемы. Оно выражается в стремлении доминировать, командовать, навязывать и подавлять, даже если такое поведение нарушает отношения с людьми.

Движение против людей «окрашено» нарциссическим оттенком. У такого человека возникает идеализированный образ себя, имеющий черты грандиозности. Он/она влюбляется в этот образ, но одновременно на уровне бессознательного ощущает его надуманность и искусственность. По этой причине этот легковесный и призрачный имидж может быть легко разрушен. Отсюда и соответствующее отношение к людям, которые могут восприниматься как потенциальная угроза. Для того, чтобы предотвратить угрозу и возможное разрушение, такие люди предпочитают атаковать, доминировать, командовать, подчинить себе не только ситуацию, но и действия окружающих, повсеместно и ежечасно подчеркивать и демонстрировать свою силу, не показаывать наличия присущих каждому человеку слабостей, постоянно находиться вне критики и на высоте положения, быть правым, побеждать в конкурентной борьбе. Лица, избравшие стратегию победителя, испытывают постоянную потребность в признании, в восхищении собой. Им свойственны отсутствие критики, стремление манипулировать другими, не считаясь с их запросами, требованиями и нуждами, зависть, легкость в возникновении бурных, отрицательных

эмоций при встрече с угрожающими ситуациями, которые содержат элемент критики. Проявляемые при этом отрицательные эмоции могут быть охарактеризованы как гнев и ярость. Другие, включая близкое окружение, воспринимаются только как средства для реализации своих целей. Лозунг людей второго типа звучит так: «Если я буду сильным, никто не сможет сделать мне ничего плохого». Стремление к престижу, защищает их от возможного унижения и провоцирует желание унижать других в прямой и косвенной форме. При этом под замаскированной враждебностью камуфлирутся скрытое агрессивное поведение.

«Невротики», которые выбирают *движение в сторону* от людей, присваивают себе решение отказа. Они отказываются от отношений и достижений, жертвуя многим только для того, чтобы их оставили в покое, пытаясь таким образом достичь желанной свободы. Постоянный отказ от людей формирует «отстраненную личность» с отсутствием социальных стремлений и отвращением к любого рода усилиям и изменениям. Они выражают возмущение и протест против ограничений в стиле жизни и всяческих влияний со стороны. Им свойственны желание быть свободными от всяких социальных обязательств, от ответственности; отстраненность от эмоциональных переживаний, стремление жить несколько уплощенной эмоциональной жизнью, «ничего не брать в голову», уходить от всего, что предвещает эмоциональное потрясение; стремление смотреть на себя и свою жизнь со стороны, как будто бы все, что происходит, случается не с ними, а с другим человеком. Если реализация возникших желаний связана с какими-то осложнениями, интенции ограничиваются или блокируются. Для лиц, избравших для себя движение в сторону от людей, характерны самодостаточность и незавивимость, отсутствие насколько возможно каких-либо точек соприкосновения с другими, невключенность в межличностные контакты, отчетливое стремление к приватности. Метафорическое сравнение позволяет гоорить о наличии очерченного вокруг них магического круга, внутрь которого посторнним вход воспрещен.

Образная характеристика людей третьего типа ассоциируется с классическим примером про лису и виноград из сказки Эзопа. Их жизненная позиция отражает аксиоматическое утверждение, выражащееся лозунгом: «Если я буду в изоляции, никто не сделает мне ничего плохого». К третьему типу людей часто относятся креативные личности, предпочитающие отстраненный образ жизни. Выражая в процессе творчества чувства, мотивации, установки, эмоции и потребности, они не испытывают необходимости вступать в непосредственные социальные контакты. Избранный ими жизненный стиль является для них предпочтительным и наиболее безопасным.

Тип используемой межличностной ориентации указывает на степень психофизиологической интеграции человека. Наличие психологической проблемы актуализирует выбор какого-то одного из направлений и невозможность использования другого. В противовложность этой стратегии здоровый человек применяет в случае необходимости все три вида вышеуказанных ориентаций, поскольку каждый из них обладает спосбностью решить проблему в рамках «своей компетентности».

Пример агрессивного типа людей, выделенного Horney, показывает, что быть агрессивным по отношению к каждому человеку патологично. В то же время здоровый человек дожен проявлять адекватную, разумную агрессивность при проявлении инициативы, в случаях самозащиты при нападении, формирования собственной точки зрения, планирования жизни и реализации поставленных целей. С нашей точки зрения, в данном случае целесобразней использовать термин не агрессивность, а ассертивность. Те, у кого отсутствует ассертивность, испытывают серьезные трудности в претворении в жизнь поставленных целей.

Второй пример касается зависимости от других в случае использования движения по направлению к людям. Выраженная зависимость патологична, но неспособность обратиться за помощью в ряде случаев дезадаптивна.

Следующий пример касается стратегии отказа, формирующей «отстраненную личность». «Психологический аутизм» полезен в случае ухода из зоны повышенной стимуляции, что важно для обдумывания и решения задач, реализации креативного потенциала. В то же время, возникают ситуации, требующие временного включения в межличностные контакты. Утрата подобных навыков грозит возникновением серьезных проблем.

Каждый человек предпочитает использовать в межличностных отношениях какую-то одну, любимую стратегию. Иногда ситуация вынуждает прибегать к другой линии поведения, рассматриваемой как временная необходимость. Если, например, нарциcстической личности угрожает поражение и возникшая ситуация не поддается контролю и изменению, человек уходит от решения проблемы, ждет изменения ситуации, рассуждая, например, о том, что никто не способен понять его потому, что вокруг одни дураки. Избегая ситуации, он сохраняет свой имидж, проецирует вину на других, не видя «бревна в своем глазу, но замечая соринку в чужом». В данном случае мнимое решение проблемы происходит за счет *избегания и проекции*.

Возможно включение и такого психологического механизма как *вытеснение*. Так, например, алкоголь «с успехом» используется как средство снятия влияния superego. С одной стороны, при употреблении алкоголя происходит оглушение и снижение чувствительности человека к восприятию неустраивающей его информации. Сужение границ сознания и расширение бессознательной сферы увеличивает область неосознаваемого и «непознанного». Именно здесь «оседает» материал, вызывающий психологический дискомфорт. С другой стороны, использование алкоголя с целью инициации вытесенения мешает прекратить злоупотребление, которое блокирует осознание низкой самооценки. Отказ от употребления алкоголя вызывает еще большее снижение самооценки.

Алкоголь, наркотики и психотропные вещества используются не только в «борьбе» с осознанием низкой самооценки, но и как средства «коррекции» многих других, беспокоящих человека состояний, в том числе и экзистенциальной депрессии. Это нарушение может возникнуть как результат креативной самореализации, при котором на излёте творческой деятельности вдруг наступает кризис. Во время периода истощения ничего не пишется, не рисуется, не лепится. Если продолжительность этого периода сравнительно невелика, человек справляется с ним с помощью вышеуказанных средств и наступает новый товрческий взлёт. В случае длительно текущего кризиса   возникает опасность привыкания.

Способы приспособления к основной тревоге

Существует различные способы приспособления пациентов к основной тревоге. Выделяют несколько стратегий разрешения основного конфликта между беспомощностью и враждебностью. Они не решают конфликт, не приводят к психическому росту, но помогают приспособиться к условиям повседневной жизни. К этим стратегиям относятся:

1.Подавление одной из составляющих конфликта, либо беспомощности либо враждебности. Например, при исключении враждебности акцент в большей степени делается на беспомощности, приводя человека к зависимому от окружающих положению и, наоборот, при подавлении беспомощности акцент делается на враждебности с появлением условно агрессивного поведения по отношению к другим людям.

В работах Horney встречается выражение «затемнение» конфликта. Невротик может затемнить одну часть конфликта, усилив при этом проивоположную. Затемнения паллиативны и условны, т.к. в конечном итоге они не уничтожает ни враждебность, ни беспомощность.

2.Стратегия отстранённости, при которой человек снижает уровень переживания конфликта.

Horney считала, что движение в сторону от других - отстраненность может быть использовано как механизм приспособления. Невротические лица отстраняются для того, чтобы редуцировать переживания конфликта. При нарциссизме, например, отстранение возникает как реакция на конфликт. Отстранненость как механизм психологической защиты используется лицами, злоупотребляющими алкоголем. Алкоголь используется как средство изоляции от трудных сититуаций. Прием алкоголя сопровождается их изоляцией от окружающих на какой-то период времени. Как правило, это происходит в случае необходимости принятия важного решения. Человек, на которого, казалось бы, можно надеяться, в экстремальной ситуации изолируется от людей и употребляет алкоголь, поскольку он не может пережить и разрешить конфликт. Отстраненность помогает ему забыться и ни о чем не думать.

3.Стратегия идеализированного Self'a, при которой человек уходит от своего реального Я и живёт с образом идеализированного Я. Этот идеализированный Self менее беспомощный и менее «злой». Такое положение может устраивать человека только на какой-то промежуток времени, поскольку основной конфликт остаётся нразрешенным.

Человек «отворачивается» от реального Я по направлению к тому, кто обладает значительно лучшими, с его точки зрения, личностными качествами, например, к образу менее беззащитному, менее беспомощному, менее злобному, к тому, что называется идеализированным Self'ом. Он создает внутри себя другой образ. Self - уникальный живой центр человека. Реальный Self задействован в процессе здорового психологического роста - самоактуализации. Поскольку при данном способе приспособления к основной тревоге реальный селф перестает устраивать человека, его покидают. Поисходит обращение к идеализированному Self'у - уход от самого себя и от реальности в результате того, что человек под влиянием базисной тревоги приходит к убеждению, во многом подсознательному, что он/она неадекватны. Здоровый взрослый человек, встречаясь с проявленными в его адрес пренебрежением и отбрасыванием, в конце концов «поворачивается» к другому человеку, к другим отношениям, будучи уверенным в себе, доверяя себе и своей значимости. Ребенок и подросток не обладают достаточно сформированными ресурсами для того, чтобы прибегнуть к такой тактике. В результате пока не сформированное чувство Я оказывается ранимым и поврежденным. Возникают низкая самооценка, чувство несостоятельности, некомпетентности реального Self'a, начинается отчуждение от него.

4.Отчуждение от реального Я, в результате которого у человека возникает чувство, что всё происходит не с ним, а с кем–то другим. Возможна деперсонализация.

Альенация - отчуждение от себя как механизм психологической защиты может включаться на ранних стадиях развития и вызывать серьезные психосоматические нарушения. Человек обращается к воображаему идеализированному Self'у, который не подвергается презрению. Идеализированный Self соответствует определенным межличностным ориентациям. Человек думает, что, если он будет любим и к нему будут хорошо относиться, он сможет произвести впечатление на других, продемонстрировать свои успехи, знания, достижения, вызвав тем самым всеобщее восхищение. Возможен вариант, при котором человек считает себя обладателем большого количества присущих ему и достойных одобрения личностных качеств. «Зачем мне контакты с людьми, - думает он, - мне не важно как они относятся ко мне, важно, что я оцениваю себя высоко. Я сам справлюсь с любой ситуацией». Реальный Self подавляется и человек начинает жить с идеализированным Self'ом.

Создание идеализированного Self'a с прагматической точки зрения оценивается как положительный факт. В его основе могут лежать продуктивные интенции, стремления и усилия, которые позволяют преодолеть трудности и решить поставленные задачи. С другой стороны, человек, который отказался от реального Self'a, и создал образ

идеализированного Self'а, постоянно ощущает возникшее несоответствие, поэтому, находясь один на один с собой, он сталкивается с внутренним конфликтом. Появляющийся при этом психологический дискомфорт принимает особенно заметные очертания при близких, интимных отношениях со значимыми людьми. Это мешает устанавливать с ними важные для него, искренние отношения. Price (1994) обращал внимание на то, что некоторые дети - жертвы сексуального насилия создавали идеализированный Self. Этот Self отрицал беспомощность посредством акцентуации собственной особой силы над человеком, который осуществлял насилие.

Иногда подавление реального Self'а бывает эффективным, и сознательный Self - имидж человека становится подобным идеализированному Self'у. Условиями такого паритета являются благоприятные средовые факторы и постоянная внутренняя борьба, направленная на сохранение претензии на тождественность реального и идеализированного Self'а.

Практика показывает, что часто усилия по созданию идеализированного Self'а заканчиваются поражением. Человек сталкивается лицом к лицу с конфликтом, разрешить который он не может, и тогда возникает реакция паники.

При данном способе приспособления к основной тревоге формируется две идентичности. Одна в рамках идеализированного Self, а другая – в рамках реального. В каких-то ситуциях выступает или преобладает одна идентичность, в других - иная. В особых, экстремальных случаях это может приводить к формированию множественной личности.

Horney отметила глубокие разрушительные последствия перехода от реального к идеализированному Self'у. Она называла это «отношением с дьяволом продажи собственной души». Невротик уподобляет себя Фаусту, который продал душу дьяволу за власть, силу и удовольствия. Автор считает более здоровым выбором уход от ложной гордости, принятие реального Self'а и дальнейшее его совершенствование.

Все вышеперечисленные стратегии, к сожалению, неадекватны для хорошего приспособления, так как во время их осуществления реальный, истинный Self подавляется. Постоянное пребывание в условиях идеализированного Self'а делает жизнь человека затруднительной.

Возможно создание ситуации, при которой реальное Я подавляется, а человек старается всячески соответствовать идеальному Я, который становится основой различных интенсивных стремлений и мотиваций. Возникает «тирания долженствования». Каждый пациент развивает свой способ усиления идеального Я и избегает полезной конфронтации с подавленным реальным Я. «Тирания долженствования» может выражаться в различных подходах. Например, человек, живущий под властью глагола «должен», считает, что он не должен быть зависимым, или он должен сделать работу как можно лучше и пр. Эти требования к себе чаще всего неполностью осознаются человеком. «Тирания» заставляет людей идентифицировать себя с создаваемым ими идеальным Я. Возникает опасность, при которой реализация «тирании» и смешивание с идеальным Я вызывает настолько сильное отчуждение идеального Я от реального, что первое может отделиться от второго, приобретая неадекватный характер. О таком идеальном Я говорят, что это как бы кусочек психоза, торчащий в ткани невроза. Это положение Horney вступает в противоречие с мнением Adler'а, считавшего, что фикциональный финализм всегда приводит к росту личности. С точки зрения Horney, отрыв от реального Я может привести человека к остановке развития.

Elliott (1992) описывает наличие у человека «внутреннего критика», как источника отрицательных посланий, могущих привести к развитию депрессии. Для нейтрализации этих отрицательных посланий человек с нарушениями может использовать *экстернализацию* (проекцию внутреннего конфликта вовне), при которой внутренние конфликты проецируются на внешний мир.

5. Экстернализация, как одна из важных стратегий приспособления, с точки зрения Horney, привлекательна тем, что на какое-то время помогает снизить тревогу. Экстернализация позволяет человеку переживать внутренние процессы как происходящие вовне, считая, что за всё происходящее ответственны внешние факторы. Лица с различными нарушениями, экстернализируя себя и свою оценку тех или иных явлений, приписывают окружающим несвойственное им отношение к себе. В случае несовпадения точки зрения окружающих с мнением человека с нарушениями, у последнего может возникнуть по отношению к ним чувство презрения. Таким образом, в процессе экстернализации также выделяются движения людей по направлению, против и в сторону от окружающих.

Человек с расстройствами защищает себя от глубокого психоанализа, экстернализируя злость и ярость в виде раздражения, направленного против других, или превращает эти чувства в конверсивные расстройства. Horney подчёркивает, что устранять экстернализацию не следует, так как она имеет защитную функцию. В противном случае у человека появится чувство безнадёжности.

6. Проекция. В классическом психоанализе проекция рассматривается как защитный механизм. Она проявляется в конкретно оформленных мыслях и чувствах, например: «Я враждебен по отношению к кому-то. Он враждебен по отношению ко мне». Экстернализация проявляется в нераспознанных собственных чувствах, которые приписваются другим. Это может выражаться в мнении человека об отрицательном отношении к нему окружающих, что на самом деле отражает собственное чувство неполноценности.

Проекция не осознана. Экстернализация, с точки зрения Horney, содержит в себе материалы, идущие из подсознания. «Я приписываю другому человеку то, в чем я сам пока не могу разобраться. Я считаю, что этот человек как-то не очень хорошо ко мне относится, но это связано с тем, что я плохо отношусь к самому себе».

Проекция не только не излечивает пациента, не устраняя имеющийся у него конфликт между ним и внешним миром, а наоборот, может и усилить его. Происходит взаимное усиление. Партнер по общению «улавливает» экстернализированный материал и возвращает его, используя проекцию. Потому как экстренализация, так и проекция являются далеко не совершенными защитными механизмами.

Техники вторичного приспособления. Теория «белых пятен»

Поведение людей часто не соответствует образу идеального Я, но это несоответствие ими просто не замечается. Такое поведение Horney называет белыми пятнами, предупреждающими осознание конфликта между поведением и собственным идеальным имиджем. Техники вторичного приспособления человека к «белым пятнам» включают:

1.Компартментализация. Использование механизма, при котором несоответствующее идеальному Я поведение сознательно распознаётся, но не во время действия, а после его завершения. Для облегчения ситуации поведение разделяется человеком на «ячейки». Например, разное поведение человека в семье и на работе, с друзьями и врагами «помещается им в специальные контейнеры», препятствующие влиянию одного вида поведения на другое.

2.Рационализация. Использование логики для доказательства заведомо неверного заключения или перевода в «другую плоскость» поведения, несоответствующего социально приемлемым нормам. Использование рационализации позволяет человеку иметь мнение о том, что качества, характерные для его идеала, в нём хорошо представлены. При этом он не распознаёт в себе тенденций, не соответствующих идеалу, рационализирует их, применяя формальную логику.

Рационализация определяется как «самообман» посредством рассуждений. То, что человек рационализирует, должно совпадать с его положительным Self-имиджем. Человек, например, может согласиться с тем, что он зависим от кого-то другого, но так кажется только при внешней оценке ситуации. На самом же деле его подчиняемость является результатом симпатии. «Почему я не могу вести себя так, если я симпатизирую ей/ему?», - рассуждает он. Таким образом он объясняет свое поведение другим и, прежде всего, себе, успокаиваясь и создавая ощущение психологического комфорта. Агрессивный человек также может объяснять свое поведение как благо для другого и необходимость достижения каких-то высших целей. Эти рассуждения могут зайти достаточно далеко и иметь самые непредсказуемые последствия.

3.Чрезмерный самоконтроль, делающий возможным предотвращение состояния сверхпоглощённости эмоциями. Контролирующий себя человек не позволяет чрезмерного энтузиазма, оптимизма, возбуждения, злости, жалости к себе. Использование в качестве защитного механизма эксцессивного самоконтроля, позволяет, например, избегать приёма алкоголя, боясь, что под его влиянием эмоции проявятся разрушительным образом.

Такой самоконтроль свойственен лицам с нарциcстическими личностными особенностями. Эти люди не позволяют эмоциям поглотить себя, т.к. это может помешать их карьере. В случае возникновения как реакции на поражение такой достаточно опасной эмоции как ярость, она подвергается критике и подавлению.

Общение с людьми, имеющими такую форму самоконтроля, представляется трудным для психотерапевта, особенно использующего метод свободных ассоциаций. Боязнь прорыва эмоций часто порождает страх сойти с ума.

4.Арбитральная правота, как попытка разрешить конфликт раз и навсегда. При этом делается арбитральное утверждение о том, что только заявленное представляет собой безусловно правильный вариант, не подлежащий критике, с «отбрасыванием» сомнений и парированием любой критики. Ригидность приводит пациентов к избеганию психоанализа, который может лишить их основных защитных верований, сводящихся к механизму арбитральной правоты.

5.Элюзивность – механизм, противоположный арбитральной правоте. Элюзивные пациенты не высказывают мнений, не совершают никаких точных действий, характеризуются отсутствием точно определённого имиджа, спасаясь, таким образом, от переживания конфликта, путём ухода от него в сторону. Такие люди никогда не делают никаких заключений, или, сделав их, в последствии отрицают сказанное, говоря, что они имели в виду нечто другое. Они характеризуются способностью делать всё не ясным, не точным и туманным. Cloninger (1996) отмечает, что их поведение напоминает шутку о соседе, которого попросили вернуть одолженное им ведро. Сосед в ответ на это сказал, что ведра он не одалживал, и более того, когда он его одалживал, ведро протекало, да и потом он его уже вернул. Такие рассуждения типичны для элюзивных людей.

Им трудно ответить на вопрос что они считают правильным, а что нет, что им нравится и не нравится. Это связано с несформированностью достаточно определенного идеализированного имиджа, в том числе и своего собственного. Элюзивность позволяет избежать переживания конфликта. Элюзивные пациенты не примыкают надолго к конфликту и даже не пытаются его разрешить. Они слегка входят в него и тут же выходят, оставляя конфликт нетронутым. Horney говорит по этому поводу следующее: «Вы никогда не сможете приписать им какое-то точное утверждение, они будут отрицать то, что им говорили, они будут утверждать, что вы не это имели в виду». Они обладают удивительной способностью затуманивать происходящее.

6.Цинизм как один из механизмов избегания конфликта путём отрицания и превращения в нелепость моральных ценностей. Тип поведения таких людей носит название «макиавеллический», сознательно циничный, со стремлением достичь цели, не взирая на моральные ограничения. Некоторые пациенты используют цинизм

подсознательно на сознательном уровне, на словах, приемля социальные ценности, на деле же ими не руководствуясь.

Соотношение родительского поведения и личностного развития

Согласно Horney, основным злом в семье является отсутствие настоящей теплоты и эмоциональности. Если ребёнок воспитывается в эмоционально тёплой среде, то психологические травмы, идентифицированные Freud'ом, например, сексуальная травматизация, переносится ребёнком хорошо. Если поведение родителей не способствует созданию у ребёнка чувства безопасности, невротическое развитие неминуемо. Родительское поведение, провоцирующее невротическое развитие, включает в себя незаинтересованность в детях, безразличие к ним, проявляющееся как в пассивной, так и в активной форме.

Семейная атмосфера должна формировать у ребёнка уверенность в его нужности родителям, в противовес основной тревоге. Здоровые родительские подходы требуют, чтобы родители сами были способны на эмпатию, сопереживание, что возможно лишь в случае решения ими своих эмоциональных проблем. Пребывание родителей во власти нерешённых проблем оказывает негативное воздействие на ребёнка.

Одной из важных задач психоанализа по Horney является достижение большего понимания детей и оптимального способа обращения с ними. Если семья в состоянии сделать это, она разрушает повторяющийся в каждом поколении цикл нарушений. Если этого не происходит, нарушения передаются из поколения в поколение.

Современные исследования Feiring (1984), McCrae, Costa (1988) показали, что взрослые, вспоминающие о том, что родители отвергали их, не проявляя к ним эмоционального тепла, по сравнению со взрослыми, характеризующими свои отношения с родителями как эмоционально приятные, обнаруживали высокие показатели невротизма. Исследования показали, что положительное восприятие родителями детей и неавторитарные наказания детей прогнозируют более высокое развитие ego уже к 30 летнему возрасту, особенно у женщин. Lamborn с соавторами (1991) сообщали, что авторитативные родители, дающие детям, с одной стороны ригидную направленность поведения, но, с другой стороны, любящие их, воспитывают людей, хорошо приспособленных к жизни.

Ainsworth с соавторами (1978) исследовали близость детей к матери и их реакцию на появление чужих людей. Авторы обнаружили, что при наличии близости между матерью и ребёнком, ребёнок растёт уверенным в себе, ощущающим безопасность, что создаёт основу для его эмоционального здоровья в детстве и копирования этого поведения во взрослой жизни. Такой человек не испытывает напряжения при встрече с незнакомыми людьми.

С точки зрения Horney, основное зло в семье несёт отсутствие искренней теплоты и положительных эмоций по отношению друг к другу. Если средовая семейная ситуация включает в себя эти компоненты, то различные травмы, полученные ребенком (преждевремнное отнятие от груди и др.) могут пройти без последствий. Родительское поведение, в котором отсутствуют эти элементы (пренебрежение ребенком, недостаточное внимание к нему, индифференность и активное отбрасывание), разрушает чувство безопасности и приводит к патологическому развитию ребенка. Идеальная семейная обстановка создает здоровое соприкосновение с желаниями и потребностями всех членов семьи. У ребенка формируется уверенное чувство принадлежности и собственной значимости в противовес основной тревоге.

Неуклонный прогресс, присущий развитым странам, ограничивает возможность родителей уделять достаточное внимание детям. Чрезвычайная занятость делами и

развлечениями приводит к тому, что большинство детей остаются наедине с собой, будучи предоствленными сами себе. Объективные данные подтверждают, что современные родители проводят с ребенком гораздо меньше времени, чем это было раньше. Эмоциональный дефицит приводит к формированию основной недостаточности (Balint M.).

Horney считает, что этот дефицит может быть в определенной стемени компенсирован правильным воспитанием вне дома – в шклоле, с помошью специального обучения адекватному родительствованию. Выводы автора несколько теоретизированы, поскольку она почти не работала с детьми. Поэтому высказанные ею идеи должны быть верифицированы. В то же время, они нашли подтверждение в дальнейших исследованиях других авторов.

Horney выделяла несколько категорий детей. Дети резистентного *типа А* оказывали сопротивление попыткам матери приласкать их и проявить к ним внимание. Для детей *типа В* характерно прилипание к матери. В этом типе автор выделяет подтип, который стремится исследовать новое окружение, и подтип, нацеленный на очень близкие отношения с матерью, соответствующий движению по направлению к людям. Дети *типа С* проявляли амбивалентность по отношению к матери. Для них характерна злость по отношению к вновь появляющимся людям (движение против).

Таким образом, на поведение взрослого человека оказывает значительное социально-психологическое влияние ранний период его отношений с родителями.

В работах Horney (1967), рассматривающих значение *культуральных детерминант развития,* к которым относятся специфические семейные переживания, стереотипы жизни, наличие доминирующей, или жертвующей собой матери, отмечается, что эти явления должны рассматриваться только внутри определённых культуральных условий. Эта точка зрения контрастирует с описанной Freud'ом универсальной психодинамикой, свойственной всем семьям. Ведь даже Эдипальный комплекс возникает в результате конкретной ситуации в конкретной семье, когда, например, есть конкуренция между родителями внутри семьи по отношению как к себе, так и к ребёнку.

Культуральные факторы включаются в оценку некоторых паттернов поведения, которые определяют приемлемость или неприемлемость отдельных явлений для данной культуры. Культуральные ожидания в отношении, например, отдельных ролей мужчин и женщин могут варьировать. Так, во времена Horney поведение женщины, жертвующей своей карьерой, ради карьеры мужа считалось нормальным, даже при условии её большей одарённости. Сегодня во многих странах к этому поведению относятся по-другому. Сексуальные конфликты в настоящее время стали менее важными в качестве источника тревоги.

Особое значение приобретает конфликт между конкурентоспособностью и любовью.

В нашей культуре большое значение придаётся конфликту между компульсивным желанием быть первым независимо от разных обстоятельств и стремлением быть любимым. Этот конфликт особенно усиливается, если речь идёт о женщинах.

Женщины не рискуют идти на достижения в ряде отраслей. Конкуренция у мужчин стимулируется, а у женщин нет. У женщин развивается страх успеха, согласно которому они начинают считать, что если они достигнут успеха, они потеряют любовь своих близких и друзей.

В ходе дальнейшего развития своей концепции Horney обращает внимание на положение о психическом и соматическом здоровье. Исследования психологов показывают, что работающие женщины, например, США и Канады, имеющие профессии, встречаются со значительным количеством проблем, требующих обращения к специалистам. В связи с этим высказываются две точки зрения. Согласно одной из них, более психологически здоровыми являются женщины, имеющие традиционное поведение, по сравнению с феминизированными женщинами. Исследования, проведённые Helson,

Picano (1993), не подтверждают эту точку зрения. Авторы обратили внимание на то, что независимость и психологическая мужественность у женщин, сочетаются с их лучшим психологическим здоровьем, что, кстати, свойственно и мужчинам. Женственность в утрированном виде роли не играет и далеко не всегда связана с психологическим здоровьем. То есть, наличие таких женственных характеристик как эмпатия и забота оказывает положительное влияние как на здоровье самой женщины, так и на здоровье членов её семьи. Однако, наличие только этих характеристик, при отсутствии такого «мужественного» качества, как ассертивность, интерферирует со здоровой адаптацией. Это положение касается и мужчин. Таким образом, традиционно женственные женщины оказываются менее здоровыми, чем женщины с маскулинными чертами. Психологическая диагностика показывает, что причиной нездоровья является отсутствие таких «маскулинных» качеств, как *ассертивность.* Отсюда необходимость создания специальных центров и школ по обучению ассертивности (тип поведения, который предполагает проявление самовыражений и самоэкспрессии в стремлении достичь поставленной цели при одновременном учете интересов других людей, соблюдении их прав и личных свобод). Ассертивность протиположна другим типам поведения, например, *субмиссивности*-подчиняемости. Подчиняя свои интересы интересам других, человек не защищает свои права, не достигает заявленных целей, позволяет командовать собой и не отстаивает свою точку зрения. Ассертивность противоположна *агрессивности* как прямой, так и пассивной, замаскированной, скрытой, проявляющейся в виде саботажа и шантажа.

Horney обращала внимание на специфичность семейной среды, в которой воспитывается человек. Семейная обстановка отражает культуру данного общества. Например, доминирование в семье отца или матери и способность к самопожертвованию чаще всего возникают в определенных культуральный условиях.

По мнению автора, не следует путать биологически и медицински обусловленные проблемы с проблемами психологическими. Симптомы, например, перелома конечности будут одинаковыми у представителей разных культур, а вот невротическое поведение, комплексы, сексуальность, чувства стыда и вины будут выглядеть совершенно поразному.

В теории Horney большое значение придается значению пола. В английском языке термин пол имеет два значения. Гендер определяется как свойство, приписываемое как мужчине, так и женщине, а секс обозначает пол человека в узком смысле слова, относя его к мужчине или женщине. Если биология определяет пол, то культура определяет гендер. Мужские и женские черты поведения меняются в зависимости от изменений культуры. Культура, например, США 60-х годов отличается от культуры 70-х. Захлестнувшая Соединенные Штаты волна женского освободительного движения заставила общество пересмотреть отношение к таким вопросам, как, например, возможность женщин заниматься опасными видами деятельности, а мужчин – воспитывать детей. Ответы на эти опросы дает общество, а не набор хромосом. Раньше было невозможно представить, чтобы женщины служили в армии или управляли самолетом. Сегодня это привычный факт. Таким образом, в работах Horney дискутируются культуральные, а не биологические феномены. Понятия мужественности и женственности меняются. Зачастую гендер имеет гораздо большее значение, чем пол. Культура определяет, что является мужественным, а что женственным. Именно гендерные признаки детерминируют центральные компоненты самосознания, то, как и каким человек ощущает себя. Таким образом Хорни аргументировала первостепенное значение культуры, а не биологии и анатомии, в полноценном личностном развитии.

Зависть жнщины, с точки зрения автора, это зависть не к половому члену, а к силе и привилегиям лиц другого пола. Horney была одной из первых, кто использовал термин зависть мужчин к матке как эквивалент зависти к половому члену. Зависть к матке появляется у мужчин как реакция на отрицательные чувства, вызванные отсутствием фертильной способности, что ставит их в более низкое положение.

Lang-Takas, Osterweil (1992) обратили внимание на то, что женщины в целом, по сравнению с мужчинами, проявляют большую способность к межличностным контактам, к тому, что связано со сферой отношений, воспитания и проявления эмпатии. Эти качества особенно ценны и неизменны. Культуральные влияния до сих пор не оказывают на них влияния. Чрезмерная выраженность этих качеств приводит к неприятным последствиям - развитию феномена созависимости. Он имеет особо драматические последствия в алкогольных семьях, т.к. большинство жен алкоголиков, проявляя черты созависимости, подчиняясь, сглаживая своё Я и стирая его границы, создают тем самым определенный социальный статус. Стремясь защитить мужа от неприятных последствий, они проявляют заботу о нем наряду с контролем, фактически создавая статус наибольшего благоприятствования для развития алкоголизма.

Изучая транскультуральные различия, Horney подчеркивала, что для западной культуры особенно характерен акцент на индивидуальном достижении. Triandis с соавторами (1990) исследовали культуральные различия *индивидуализма,* который подчеркивает значение индивидуальных достижений и привилегий. Автор обращает внимание, что странами, в которых особенно высоко ценится индивидуализм, являются США, Канада и Соединенное Королевство. Индивидуализм развивается в стабильных, богатых, развитых странах, население которых социально и географически подвижно.

Страны Африки, Азии и Латинской Америки характеризуются *коллективизмом,* который высоко оценивает отношения между людьми, общие цели и обоюдную взаимную ответственность. Коллективисткие культуры акцентуируют покорность, групповые задачи, социальную гармонию, семейные обязательства.

Индивидуализм и коллективизм влияют на социальное поведение, на самоконцепцию и собственный имидж человека. Например, в западном мышлении преобладает концепция отдельного, сепаратного Self'a. Это отражается как на психологических теориях, так и на принципах психотерапии. Многие аналитики испытывают трудности в работе с пациентами других культур или меньшинств, в которых подчеркивается коллективизм. Индивидуалистические культуры объективно часто поддерживают ориентацию против людей, подчеркивают значение личных достижений, акцептируют агрессивное поведение. Коллективистские культуры поощряют ориентацию движения по направлению к людям.

Факт принадлежности пациента к разным культурам, провозглашающим индивидуализм или коллективизм, должен учитываться в тактике специалиста, оказывающего психологическое вмешательство. Неправильное понимание этой стороны культуральных особенностей приводит к непониманию пациентов, на что указывает Landrine (1992).

Ruskin, Novacek, Hogan (1991) описывают два межличностных стиля поведения (озабоченность и рыцарство), которые очень близки типам движения человека против и в сторону от окружающих. Рыцари имеют черты враждебности, грандиозности, доминирования, нарциссизма и высокую самооценку. Эти проявления напоминают концептуализацию грандиозного Self'a при нарциссизме, но, в данном случае они базируются не на хрупкости Self'a, но на враждебности, доминировании, приводя к движению против других. Zaleznik (1975) отмечал, что такой вариант грандиозности представляет особый риск для людей, добившихся всего самостоятельно, предопределяя возможность будущего поражения.

Hamon (1987) отметил, что исследование пациентов с риском возникновения у них коронарных заболеваний целесообразно проводить в рамках модели, предложенной Horney. Люди с поведением типа А соответствуют экспансивному типу по Horney и характеризуются такими чертами, как стремление «идти в ногу со временем», конкурентность и враждебность. Таким людям свойственен повышенный риск сердечно сосудистых заболеваний.

Психотерапия «невротических» конфликтов

Horney отмечает, что проводимая терапия должна исходить из анализа всей личности, исключая стратегии быстрых интервенций. Фокусировка специалиста только на специфических симптомах, предъявляемых пациентом в данный момент, малорезультативна. Необходимо выяснить, что стоит за этими симптомами. С этой целью врач раскрывает бессознательные стратегии пациента, используемые им для нейтрализации «невротического» конфликта, так как именно эти стратегии оказывают прямое влияние на характер межличностных отношений, собственный имидж пациента и восприятие им мира в целом. Эти жизненные стратегии исследуются вместе с пациентом для достижения им инсайтов, являющихся «путеводителями» в раскрытии новых жизненных возможностей.

Провдимая коррекция требует анализа всего спектра личностных особенностей. Необходимо раскрыть подсознательную стратегию пациента, которую он использует в переработке «невротического конфликта». Аналитику нужно показать пациенту, что ему необходимо отказаться от идеализировнного селфа, который должен быть заменен реальным, «живым» селфом.

Представляет интерес точка зрения Horney, согласно которой детские воспоминания пациента не всегда необходимы. Несмотря на значение анализа переживаний детства в развитии личности, Horney подчеркивает, что психоаналитическая коррекция не должна ограничиваться анализом детских воспоминаний. Более целесообразным является достижение пациентом инсайтов, способствующих пониманию подсознательных тенденций и их функций. Фокусировка на происходящем у пациента «именно сейчас» более эффективна для продуцирования изменений, чем уход в его прошлое.

Автор выделяет группу пациентов, которые стараются избегать конфронтации с проблемами, которые беспокоят их в настоящем. Они с удовольствием анализируют детские переживания для того, чтобы уйти от беспокоящего их в настоящий момент конфликта. Таких людей надо возвращать в настоящее. Этот процесс может быть очень болезненным. Необходимо изменение идеализированного образа, который пациент создал о себе. Процесс должен проходить медленно и осторожно, поскольку пациент настолько сросся с идеализированным имиджем, что он стал основой его личности.

Деятельность врача по изменению личности пациента ставит перед специалистом следующие задачи:

1.повышение ответственности пациента;

2.приобретение большей независимости;

3.развитие способности выражать чувства более спонтанно;

4.непредъявление необоснованных претензий;

5.способность полно и искренне включаться в собственную жизнь.

Большое значение в психотерапии придаётся *самоанализу* особенно в интервалах между сеансами психоаналитичсекой терапии. Личностный рост во многом зависит от самоанализа и систематической работы над собой. Прогресс по отношению к улучшению собственного психического здоровья может быть достигнут и в случае индивидуальной работы пациента. Более того, психический рост пациента, начавшийся в момент психотерапии, должен продолжаться в индивидуальном осмыслении поставленных перед пациентом задач. Самоанализ может заключаться в самостоятельном решении пациентом своей проблемы. В процессе самоисследования пациенту рекомендуется ведение дневника, анализ своих фантазий, сновидений, эмоциональных реакций на различные события.

После исследований Horney появилась работа Pennebaker'а с соавторами (1990), посвященные положительному влиянию записей, сделанных при самоанализе чувств и

мыслей студентов университета, на их психосоматическое здоровье. Эффективность самоанализа наблюдалась даже тогда, когда не отмечалось никакого снижения выраженности болезненых симптомов, например, головных болей. Студенты, занимающиеся самоанализом, установили, что появлению головных болей всегда предшествовали раздражение и злость.

Возникающая иногда неэффективность самоанализа объясняется невозможностью пациента «выйти» на более глубокие механизмы, лежащие в зоне «белых пятен», являющихся зонами психологических защит. Резистентность к такого рода анализу, вряд ли поможет пациенту, «работающему» в одиночку, понять суть этих защит. В связи с этим особенно возрастает роль специалиста, участвующего в этом процессе. Иногда пациенту трудно преодолеть охватывающее его чувство безысходности в преодолении некоторых трудностей. Возникающие в момент психотерапии психологические защиты пациента дают ему вторичные дивиденды, имеющие для него большое значение. Эти выгоды, связанные с защитами, являются ещё одним препятствием для качественного анализа. В связи с этим выдвигается концепция о невозможности полного анализа при психотерапии.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ E.ERIKSON'A

В соответствии с психосоциальной теорией развития личности Erikson'a, каждый человек развивается не в изоляции, а в определенном обществе и в определенной культуре. Среда, социальные институции культуры и сответствующие ей способы воспитания оказывают глубокое влияние на способы разрешения жизненных конфликтов. Ego занято не только решением биологических задач, оно озабочено и межличностными проблемами. Межличностную озабоченность и межличностные связи Erikson называет психосоциальными. Разработанная автором концепция о значении культуры в развитии личности представляет собой фундаментальный вклад в психоанализ.

В отличие от классического психоаналитического акцента на сексуальности, Erikson в работах конца 60-х годов выдвигает гипотезу о том, что первичная мотивация является социальной. Поскольку многие психологи признают значимость социальной детерминанты, теория психосоциального развития Erikson'a в настоящее время приобрела большую популярность, о чем свидетельствует продолжающаяся публикация его трудов.

Erikson основывает свое понимание развития на так называемом эпигенетическом принципе. По мнению автора, все, что развивается и растет, имеет индивидуальный план развития и основную базу. Из этой базы развиваются отдельные части. Каждая из этих частей появляется в отведенное для неё время. В конечном итоге все части развиваются и формируют «функционирующее целое». Этот принцип применим к физическому развитию плода до периода рождения. Erikson использовал его в отношении психологического развития.

Для того, чтобы сформировалось здоровое целостное ego, различные части психики должны развиваться последовательно. Эти части психики автор идентифицирует как ego-силы, выделяя восемь стадий их развития. Он реинтепретирует фрейдистские психосексуальные стадии развития, подчеркивая социальный аспект каждой из них. Кроме того, автор подразделяет на восемь стадий и весь жизненный процесс. Первые четыре стадии соответствуют выделенным Freud'ом оральной, анальной, фаллической и латентной стадиям. Фрейдисткая генитальная стадия включена Erikson'ом в последние четыре стадии.

Говоря о теории Erikson'a в целом, следует подчеркнуть её *основные моменты*:

1. Положение об адаптации и приспособлении касается индивидуальных различий. Люди отличаются друг от друга по своим ego-силам. Ключ к психическому здоровью

каждого человека заключается в сильном ego. Сильное ego появляется в результате беспроблемного разрешения всех стадий ego развития, в которых позитивные ego силы преобладают над негативными.

2. Положение о когнитивных процессах. Erikson утверждает, что бессознательное оказывает значительное влияние на когнитивные процессы.

3. Общество создает рамки и очерчивает путь, в котором развивается личность. Существование ego-сил поддерживается различными социальныи институциями.

4. Положение о детском развитии. Ребенок развивается в процессе четырех психосоциальных стадий. Каждая из них представляет собой кризис, во время которого формируется особая сила ego.

5.Положение о взрослом развитии. Подростки и взрослые развиваются в процессе четырех добавочных психосоциальных стадий. Каждая из них включает в себя кризис и формирует особую силу ego. Кризис является поворотной точкой в развитии. Из каждого кризиса формируется ego-сила, которая впоследствии становится частью репертуара ego-навыков, последние используются человеком в течение всей жизни. Каждая сила развивается не сама по себе, а в противоположном по отношению к ней отрицательному полюсу. Например, сила доверия развивается в отношении к недоверию. Все ego-силы формируются в процессе контактов со значимыми людьми, начиная с матери, и включая все большее количество окружающих людей. Каждая ego- сила имеет свой период кризиса. Раннее развитие человека определяет возникновение этих сил, более позднее развитие способно лишь модифицировать проблемы предыдущих стадий. Каждая из стадий должна рассматриваться не только с индивидуальной, но и с социальной точек зрения. Значимые другие лица, как члены общества, неизбежно вовлекаются в формирование каждой стадии.

Erikson выделяет следующие *стадии психосоциального развития*:

1.Стадия доверия-недоверия соотносится с фрейдистской оральной стадией младенческого периода.

2.Стадия автономии, противоположный полюс – стадия сомнения, сравнима с фрейдистской анальной стадией и характерна для раннего детства (второй год жизни).

3.Стадия инициативы - вины сравнима с фаллической стадией и характерна для игрового возраста.

4. «Индустриальная» производительная стадия. Противоположный полюс-неполноценность. Сравнима с латентной стадией, приходящейся на школьный возраст.

5. Стадия идентичности. Противоположный полюс-диффузия идентичности. Сравнима с генитальной стадией и характерна для подросткового периода.

6.Стадия интимности. Противоположный негативный полюс - изоляция. Соответствует генитальной стадии и характерна для взрослых людей молодого возраста.

7.Генеративная стадия. Противоположный полюс - поглощенность собой. Сравнима с генитальной стадией. Характерна для взрослого возраста.

8. Стадия интегральности. Негативный полюс-отчаяние. Сравнима с генитальной стадией. Характерна для пожилого возраста.

Первая стадия. В течение первого года жизни ребенок развивает основное доверие и определяет, кто заслуживает доверия и кто обеспечивает его всем необходимым. Основное доверие основано на хорошем, адекватном родительствовании. Erikson подчеркивает особое значение матери в обеспечении адекватного питания, возможности получать пищу, заботы и стимуляции (прикосновения, поглаживания и т. д.). Ребенок воспринимает не только пищу, но и сенсорную стимуляцию. В случае отсутствия необходимой стимуляции формируется недостаточность. Вначале этот процесс носит пассивный характер, но в более позднем периоде он приобретает активное течение. Эту стадию Erikson описывает как двухсторонний процесс. Ребенок ждет проявления заботы со стороны матери и старается тактильно, визуально, кинестетически и пр. исследовать в меру своих возможностей окружающую среду.

Если ребенок в период младенчества не имеет возможности удовлетворить соответствующие этой стадии развития необходимые потребности, развивается основное недоверие. Некоторая степень недоверия неизбежна, поскольку родительское влияние - это не утилитарная связь с ребенком, а «родительская питательная среда» в широком смысле слова. Поскольку мир, с которым ребенку придется столкнуться в дальнейшем, не всегда достоин доверия, способность к недоверию не только неизбежна, но и необходима для нормальной адаптации. В случае здорового разрешения кризиса между основным доверием и недоверием, доверие преобладает, обеспечивая дальнейшее развитие ego в последующих стадиях.

Первой стадии развития личности Erikson придавал огромное значение, называя ее «краеугольным камнем жизнеспособности личности» (Erikson, E., 1968., c.96).

Вторая стадия. В течение второго года жизни у ребенка развивается чувство автономии. Этот период включает в себя тренинг туалета, контроль мышечной системы (хождение) и контроль межличностных отношений. Ребенок экспериментирует с миром посредством процессов «удерживания и отпускания». Для развития автономии, он нуждается в поддержке взрослых. У лишенного поддержки ребенка появляется чувство сомнения. Erikson считает, что его появление связано с чувством стыда. Для сохранения физического здоровья и нормальной социальной адаптации необходимы преобладание автономии и некоторая степень стыда и сомнения.

Третья стадия. Четырех-пятилетний ребенок делает выбор кем ему быть. Этот выбор частично базируется на идентификации с родителями. Erikson разделяет точку зрения Freud'a о том, что ребенок в этом возрасте интересуется половыми различиями и у него развивается часть психического аппарата superego. Ребенок внедряется в пространство других людей, проявляя любопытство и любознательность, изучает и оценивает непознанное. Эти переживания конгруентны с ранним осознанием сексуальности. Понимание наличия разницы в строении половых органах на этой стадии особенно значимо для девочки.

Четвертая стадия. Ребенок старается получить признание, создавая какой-нибудь продукт или производя полезную активность. При этом он выполняет определенную задачу. Решение задачи приводит к появлению чувства удовлетворения и стремления к повторению. В формировании этих чувств имеет значение качество продукта. Если он не может продуцировать что-либо приемлемое, или не получает признания, у него преобладает чувство неполноценности. В этот период особенно значима роль учителей, поскольку основные действия и события, характерные для этой стадии, разворачиваются в школе.

Пятая стадия. Наиболее известной концепцией Erikson'a является концепция кризиса идентичности. В период освоения роли взрослого подросток борется за приобретение чувства идентичности. Erikson определяет чувство ego - идентичности как осознание факта наличия Я, особости этого Я, продолжительности его во времени и наличия индивидуального стиля, который соотносится со стилем жизни других, но, в то же время, является собственным стилем. В этот период подросток ищет ответа на вопрос: «Кто Я?». Он стремится найти такой ответ, который удовлетворял бы и его самого, и значимых других. Несмотря на то, что на этот процесс оказывает определенное влияние ранняя идентификация с родителями и другими образцами для подражания, подросток должен развить личную идентичность, которая выходит за границы этих ранних идентификаций.

«Профессиональная» идентичность приобретается в области занятий какой-либо полезной активностью и является важным ядром идентичности. В этом процессе большое значение имеет проработка возможностей будущей карьеры.

В случае невозможности достигнуть спаянной идентичности, формируется спутанность идентичности. В ранних работах Erikson вместо термина «спутанность» использовал термин «диффузия».

В случае присвоения себе нежелательных ролей, характерных, например, для преступной, криминальной среды возможно развитие негативной идентичности. Особое значение в формировании идентичности имеет влияние среды.

Общество должно обеспечить подростку возможность моратория для обдумывания ответа на вопрос кем ему быть. В противном случае произойдет преждевременное формирование поверхностной идентичности, которая окажется очень хрупкой.

Шестая стадия. С этой стадии начинается взрослый период. Erikson называет эту стадию кризисом интимности - изоляции. Интимность предполагает способность к глубокому психологическому контакту с другим человеком. Интимность следует отличать от «смешивания» или «слияния», которые разрушают интимность. В процессе слияния человек теряет свою идентичность, стараясь существовать за счет личности другого. Это характерно, например, для любовных аддиктов, которые полностью фокусируются на партнере, стараются жить с ним на «одной волне», переживать его/ее эмоции как свои собственные, требуя от партнера постоянного активного соучастия и, тем самым, поглощая его/ее энергетические ресурсы. Интимность может возникать только тогда, когда сформирована индивидуальная идентичность. Она усиливается в раннем взрослом возрасте (Reis с соавт., 1993).

Процесс формирования интимности может стимулироваться, например, вступлением в брачные отношения, хотя сам по себе не является гарантией их позитивности и стабильности. Брачный партнер, по мнению Erikson'а, не является единственным потенциально значимым человеком, способствующим формированию интимности.

Противоположностью интимности является проекция или дистанцирование. Erikson (1959) определяет дистанцирование как «готовность отбрасывать, изолировать и, если необходимо, разрушать те силы и тех людей, существование которых оказывается опасным».

Седьмая стадия. Стадия называется «генеративность-стагнация». Характерна для зрелого периода. Основная цель этой стадии состоит в «генеративности», которая понимается Erikson'ом как «интерес в создании следующего поколения и руководстве им». Несмотря на то, что речь идет, прежде всего, о выполнении родительской функции, человек может удовлетворять свою потребность в генеративности, участвуя в воспитании детей в школах и дошкольных учреждениях, влияя на детей своих родственников или знакомых. Если генеративный «драйв» не удовлетворяется на этой стадии, возникает частично неосознаваемый психологический дискомфорт, чувство остановки развития, которые Erikson обозначает как чувство стагнации (застоя).

Восьмая стадия. Стадия интегральности – отчаяния, которая соответствует пожилому возрасту. Интегральность подразумевает способность интегрировать прожитую жизнь, оценивать себя целостно, включая настоящее состояние и приобретенный жизненный опыт. Под интегральностью Erikson понимал способность оглянуться назад и найти положительный смысл в собственном жизненном опыте в сочетании с отказом от невозможного - желания что-то изменить в прошлом. При отсутствии такой динамики возникает отчаяние с нежеланием примириться с неизбежным окончанием жизни.

Развивая концепцию стадий психосоциального развития, Erikson анализировал роль культуры в их динамике. Основная идея автора заключается в том, что *каждой стадии соответствуют определенные культуральные институции,* которые влияют на ее развитие. Эта сторона концепции Erikson'а нашла выражение в следующих характеристиках восьми стадий:

Первая стадия. Описывая первую стадию, Erikson делает акцент на значении религии.

Положительное, продуктивное и адекватное развитие ребенка включает в себя обязательный компонент - «приобретение» *надежды* на ранних этапах жизни. Erikson исходил из убеждения о том, что религия в форме веры в течение столетий служила

восстановлению чувства доверия. Основное доверие и основное недоверие связаны с верой. Вера рождает надежду. В то же время ego-силы могут получать энергию из таких «источников питания», как социальная активность, творчество, научная работа. Эти формы деятельности для многих людей являются источниками веры.

Вторую стадию Erikson называет стадией «закона».

В случаях положительного развития этой стадии формируется способность проявлять *силу воли* в процессе борьбы младенца за достижение автономии. «Закон» по Erikson'у, является институциональной поддержкой силы воли, поскольку он регламентирует индивидуальную автономию и создает ее границы.

Третья стадия определяется Erikson'ом как стадия «идеальных прототипов». В этот период у ребенка должен сформироваться основной алгоритм жизненных принципов, намерений и стремлений, которые соответствуют «идеальным прототипам» данной культуры.

Erikson придает большое значение моделям поведения, которым дети обучаются именно в третьей стадии, поскольку их влияние продолжает сказываться в дальнейших периодах жизни. Автор сравнивает различные культуральные модели, к числу которых относятся более простые и более сложные. По мнению Erikson'a, члены примитивных культур, например, индейцы Sioux ориентируются на небольшое количество не изменяющихся прототипов, отражающих основные виды занятий племени. Дети этих народностей обучаются играм, связанным непосредственно с охотой на буйволов. Их основными игрушками являются лук и стрелы. Таким образом, обучение и совершенствование охотничьих навыков, необходимых во взрослой жизни, происходит уже в раннем возрасте.

Прототипы, характерные для современных обществ, настолько многочисленны и изменчивы, что предлагаемые человеку различные модели, не успев внедриться в жизнь, часто оставляются, и тут же заменяются другими. Американская культура ориентирована на широкий выбор прототипов и нацелена на внедрение в сознание человека убежденности в наличии у него возможности изменяться и находить в себе новые, ранее не раскрытые и нереализованные ресурсы. Американское общество формирует у человека, переживающего третью стадию, установку на высокую котировку денег и социального статуса, хотя этот процесс происходит во фрагментарной и абстрактной форме.

Erikson описывает значение идеальных прототипов половых ролей, которые поддерживают ego-силы и связанные с ними активности. Автор выделяет «военный прототип», который во время этой стадии канализирует агрессивный драйв.

Четвертая стадия- стадия «технологических элементов». На этой стадии происходит усвоение технологических элементов, присущих данной культуре. «Прохождение» стадии в нормальных условиях повышает самооценку за счет приобретения чувства *компетентности* («я это знаю, я умею это делать»). Возможные ограничения как результат, например, воспитания по типу гиперопеки приводят к «закладке» на этой стадии зависимости и неуверенности в себе. В то же время, Erikson (1968) предостерегает об опасности чрезмерного акцента в воспитании на технологических элементах, которые могут доминировать в формировании идентичности, тем самым, подавляя и/или задерживая развитие гуманистических ценностей.

Пятая стадия акцентуируется на идеологических подходах. Человек в этой стадии фиксирован на верности определенной системе взглядов, сформировавшихся в результате семейного воспитания и\или влияния социальных идеологических представлений. Восприимчивость к таким идеологическим влияниям может быть различной. Она зависит от индивидуальных особенностей и силы самих влияний. Идеология может касаться приверженности какой-то модели социальной организации общества, политических взглядов и пр. «Посредством их идеологии социальные системы входят в фибры следующего поколения и пытаются абсорбировать в свой кровоток омолаживающую

силу юности. Подростковый период является, таким образом, витальным регенератором процесса социальной эволюции, так как молодость предлагает ей свою энергию, как для сохранения того, что продолжает считаться истинным, так и для революционной коррекции того, что потеряло свое регенеративное значение» (Erikson, 1968:134).

В связи с выделением стадии формирования идентичности некоторые авторы стараются переосмыслить роль современной технологии и подчеркивают необходимость более точного описания роли современной культуры в происходящем процессе (Cote, Levine, 1988; Lavoie, 1994., и др.).

Значение личностной идентичности в формировании структуры психики и психологических особенностей выдающихся людей подчеркивает роль индивидуальности. В то же время индивидуум и общество тесно взаимосвязаны, но особенности этой взаимосвязи требуют дальнейшего изучения (Cloninger, 1996).

Шестая стадия. Стадия кооперации и конкуренции. В этой стадии ego приобретает «способность к любви». Сила ego поддерживается и канализируется посредством опыта, приобретенного в межличностных отношениях, в контактах с родителями, родственниками, учителями, примерами отношений, описанными в литературе и почерпнутыми из художественных произведений, средств массовой информации и др. Брачные отношения создают новые возможности для развития способности к любви.

Седьмая стадия. Стадия образования и традиции. В этой стадии развивается «сила проявления *заботы».* Человек обучается проявлять заботу и поддержку, обучать новое поколение. Он\она могут осуществлять заботу в качестве родителя, учителя, наставника, воспитателя. Забота охватывает как собственных, так и других детей, например, в системе дошкольного и школьного образования. Осуществление заботы имеет различные формы и зависит от традиций, присущих конкретной культуре.

Восьмая стадия. Erikson называет ее стадией «мудрости». Стадия присуща пожилому возрасту, когда человек находится в поиске значения прожитой им индивидуальной жизни и жизни социума. Характерные для этого периода интересы могут касаться религии, философии, культуры.

Дальнейшее развитие Эриксоновской модели развития психики по отношению к нарциссизму содержится в работах Holmes (2001, 2002). Автор, подобно Erikson'у, предлагает интегральную модель развития личности, преломляя ее через различные стороны нарциссизма, как положительные, так и отрицательные. Holmes описывает феномен наслоения выделенных им стадий развития друг на друга и потенциальную возможность активации каждой из стадий в любое время.

Первая стадия соотносится с первым годом жизни. Для нее характерно уверенное чувство творческого Self'a в отношениях с другим человеком, наделенным чувством ответственности. Основную роль в этих отношениях играет совпадение ритма и настроенности. В этот период присутствуют и продолжают развиваться чувства эмпатии, зеркального отражения, реактивности. При адекватном отношении родителей к ребенку, их эмоциональной заинтересованности в нем, последний чувствует себя уникальным центром своей собственной Вселенной. Ребенок соотносит себя с людьми, находящимися рядом. Он начинает понимать, что его реакции вызывают ожидаемый ответ у лиц, осуществляющих заботу о нем. Ребенок обучается перерывам и паузам в контактах с родителями и таким образом у него постепенно формируется переносимость к фрустрациям, связанным с покиданием. Он учится общаться с окружающим миром и доверять ему. Контакты со средой ассоциируются с положительными эмоциями, так как его «принимают» и одобряют. Таким образом, на этой стадии зарождается положительная самооценка или здоровый нарциссизм.

В случае отсутствия «совпадений» с родителями, ребенок может испытывать чувство ужаса, беспомощности, своей незначимости и внутренней пустоты. Могут

возникать периоды ярости. Наличие органических нарушений усугубляет проблемы развития.

Вторая стадия охватывает второй год жизни и характеризуется нарцисстическим «вложением» в тело и процессы его роста.

В этой стадии появляется здоровый эксгибиционизм. Внимание и восторг родителей сосредоточены на этапах роста и развития ребенка на том, как и когда он начинает ходить, разговаривать, обучаться туалету, проявлять все больший интерес к исследованию окружающего мира. В этот период постоянная поддержка и одобрение его действий чрезвычайно важны. «Ребенок пропитывает свое тело сиянием здорового нарциссизма и радуется блеску в глазах родителей», любящих его.

Депрессивные, тревожные и поглощенные свои проблемами родители не в состоянии осуществлять эту форму поддержки. Отсутствие с их стороны необходимого для ребенка соучастия приводит к зарождению стыда и разочарованию в себе - ребенку носится нарцисстическая рана.

Третья стадия включает в себя третий год жизни. Стержневой чертой этого периода является развитие оптимальной фрустрации. Здоровый нарциссизм предполагает наличие самоограничений. Ребенок должен научиться «не выпадать» из реальности, не уходить в мир «воздушных замков». Он обучается пониманию значения социальных факторов и того, что является частью семьи, что другие ее члены имеют свои желания и свою жизнь. Индивидуальный нарциссизм начинает замещаться социальным нарциссизмом. Если этого не происходит, возникает угроза сохранения грандиозности и нарастающего отрыва от реальности.

Четвертая стадия-стадия подросткового периода. Основная ее черта-наличие идеалов и амбиций. У психологически здоровых подростков формируются идеалы, амбиции, тайные желания. В мечтах доминируют планы, строящиеся на подражании избранным героям и кумирам.

У подростков с нарцисстическими ранами легко возникают отчаяние и депрессия, актуализируется аутодеструктивный драйв, что приводит к активации поведения с риском для жизни и поступкам, основанным на модели «чем хуже, тем лучше». Характерные для таких детей максималистские подходы проявляются, в частности, в стремлении соответствовать воображаемому идеалу. В случае неудач, поражений, невозможности найти «зеркальный идеал» или быть похожим на него возникают ярость и деструктивность.

Пятая стадия- передача нарциссизма следующему поколению - характерна для взрослого возраста. Взрослый человек, как правило, четко осознает свои силы и их границы. Он испытывает комфорт в отношениях с самим собой, членами семьи, друзьями и обществом в целом. Его нарцисстические надежды инвестируются в детей и для их реального воплощения в жизнь предпринимаются конкретные шаги. «Фрустрированные идеалы замещаются любовью к истине». Поражения оцениваются трезво и реалистически.

В случаях нездорового нарциссизма все происходит наоборот. Человек консолидирует свой эгоцентрический мир. Присущая ему завистливость делает невозможным глубокое понимание и общение с другими. Развивается «самодостаточность» с погруженностью в себя и гиперранимостью по поводу каждого замечания или грубое пробивание своей карьеры с постоянным возвышением себя и унижением окружающих людей.

Шестая стадия-приобретение мудрости - типична для позднего периода жизни.

На этой стадии человек способен воспринимать окружающий мир таким, какой он есть, и реально оценивать свои психические и физические возможности. Он доверяет своей интуиции и эмпатии, умеет находить в себе силы для творчества, понимать юмор и, в конце концов, достигает определенной мудрости. При ином варианте развития в среднем

возрасте возникает ужас неизбежного конца существования, создаются условия для развития депрессии и ощущения безнадежности.

Нарциссизм может выражаться в нарастающих проявлениях ипохондрии и\или фиксации внимания на прошлых достижениях или неудачах. Межличностные отношения характеризуются тиранией над зависимыми людьми, отсутствием взаимности и какой-либо интимности в отношениях.

Задачей терапии по Holmes является нахождение в каждой из стадий «зерен здоровых нарциссистических устремлений» с одновременным ослаблением влияния патологического нарциссизма.

ПСИХОАНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В современных классификациях расстройства личности представлены следующим образом:

В МКБ–10 выделяются: параноидное; шизоидное; диссоциальное; эмоционально неустойчивое, подразделяющееся на импульсивное и пограничное; гистрионическое; ананкастное; тревожное; и зависимое расстройства.

В DSM –IV выделяются параноидное; шизоидное; шизотипическое (кластер А); антисоциальное, пограничное, гистрионическое, нарциссистическое (кластер В); обсессивно–компульсивное, избегания и зависимое расстройства (кластер С).

В последнее время количество работ, посвященных исследованию личностных расстройств, возросло. Пересматриваются некоторые положения, связанные с механизмами их формирования. Акцентуируется влияние не только семейных, но и культуральных факторов, называемых «опытом, неразделённым с родителями» и включающих в себя влияние членов референтных групп, сверстников; авторитетных фигур, например, формальных и неформальных лидеров; учителей; религии и др. У предрасположенных лиц могут формироваться определённые черты характера, приводящие к нарушению адаптации и психологическому дискомфорту.

Распространенность тех или иных личностных расстройств неодинакова в различных обществах. То же касается и преобладания различных признаков внутри конкретных форм. В связи с этим говорят о влиянии определённой культуры, как на возникновение определённого вида личностного расстройства, так и на наличие совокупности признаков, свойственных этому виду. Следует учитывать влияние культуры на взаимосвязь личностных особенностей и своеобразия течения личностного расстройства.

Параноидное личностное расстройство

Описание нарциссистического и пограничного личностных нарушений имеет большое значение в связи с тем, что современные специалисты не обладают достаточной квалификационной компетентностью в диагностике этих состояний. Существуют личностные нарушения, близко смыкающиеся с психопатологией и находящиеся в той же парадигме, например, в кластере А, в котором выделяют параноидное, шизоидное и шизотипическое нарушения.

При рассмотрении каждого из этих нарушений возникает необходимость проведения дифференциации каждого из этих расстройств, начиная с параноидного, как

более мягкого личностного расстройства, и заканчивая шизотипическим, содержащим в себе признаки, приближающие его в определённой степени к шизофрении.

Параноидное личностное расстройство, описанное в кластере А, диагностируется только в случае достаточной выраженности его составляющих.

Согласно DSM–IV параноидное личностное расстройство характеризуется семью признаками. Наличие четырёх из семи признаков является достаточным для установления этого вида нарушения.

Признаки включают:

1. постоянное ожидание без достаточного на то основания эксплуатации со стороны других;
2. опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими;
3. сомнения в отношении лояльности друзей и других, связанных с собой лиц;
4. склонность видеть скрытые угрозы в замечаниях, высказанных окружающими;
5. неумение прощать мелкие обиды с накапливанием их в себе;
6. недоверие к другим, связанное с боязнью, что всякая информация будет использована против себя;
7. склонность реагировать на небольшие замечания сильной, протрагированной обидой; безосновательные сомнения в верности, например, супруга или сексуального партнёра.

Следует помнить, что DSM–IV включает, кроме параноидной шизофрении и параноидного личностного расстройства ещё и параноидное или бредовое нарушение. Следовательно, дифференциальная диагностика прежде всего должна проводиться между параноидным личностным расстройством, параноидной шизофренией и бредовым или параноидным нарушением. Кроме того, возможны и другие соотношения. Так, например, в рамках аффективных психозов могут возникать различные нарушения, напоминающие по их проявлениям состояния, близкие к вышеперечисленным.

История вопроса, касающегося параноидных нарушений, достаточно объёмна. Kraepelin в 1893г. проводил разграничение между паранойей, парафренией и параноидной шизофренией. Характеризуя паранойю, он отмечал свойственные для неё постепенное, медленное, не останавливающееся развитие и неизменяемую бредовую систему, сопровождающуюся упорядоченным, ясным, не нарушенным мышлением вне бредовой системы. Если пациенты с такого рода расстройствами осуществляют действия и имеют переживания, не входящие в диапазон их бредовых построений, проявляя свои обычные индивидуальные особенности, то бредовая система не вторгается в другие сферы и не определяет функционирование человека во многих областях его жизни. Кроме того, Kraepelin обращал внимание на отсутствие при паранойе галлюцинаций. Современная психиатрия акцептирует определение Kraepelin'а, подчёркивая в паранойе наличие тех же клинических признаков.

Согласно Freud’у, давшему определение параноидных психозов, механизм возникновения этих состояний базируется, в основном, на защитных механизмах. То есть, с позиций психодинамического подхода защитные механизмы занимают в возникновении этих состояний первое место. Сторонники классического психоанализа рассматривали развитие психотического состояния как постепенное ослабление психологической защиты по отношению к репрессированным самообвинениям.

Когда самообвинения возвращаются в сознание, человек защищается от них, приписывая те факты, в которых он себя обвиняет, другим людям. Обвинения клинически проявляются в виде бредовых идей. Процесс и термин «проекция», имеющий место в вышеописанных явлениях, был введён Freud’ом (1896) при описании этого вида развития.

В дальнейшем Freud расширил свою первичную трактовку и анализ параноидных механизмов на примере автобиографической зарисовки Schreber’а, изданной в 1903г. Это эссе носит название «Воспоминание о моём нервном заболевании». Анализируя

автобиографию психотического пациента, Freud пришёл к выводу, что его бредовые идеи отражали механизмы отрицания и проекции, которые представляли психологическую защиту в отношении скрытых гомосексуальных желаний пациента, выступая на фоне его психической регрессии. Freud дал новую интерпретацию бредовым идеям, отражённым в эссе Schreber'a. В этих бредовых идеях Freud распознал реконструкцию реальности, создаваемую пациентом, с попыткой таким образом самоизлечиться путём избавления от мучающих его переживаний. Бредовые идеи Schreber'a, по мнению Freud'a, были более «нормальными и здоровыми» для сохранения интеграции личности, чем было бы признание пациентом наличия других нарушений, в особенности, имеющих место гомосексуальных стремлений.

Freud (1923), говоря о развитии паранойи, придавал большое значение агрессивным драйвам, оперируя терминами ego и superego при рассмотрении происхождения и развития бредовых идей. Freud подчеркивал также значение раннего соперничества, возникающего между сиблингами (эта идея в последующем была использована Adler'ом). Freud видел в механизме этого явления превращение любви в ненависть, что фактически приблизило его к идее об «аутодеструктивном инстинкте».

Идея поиска связи между латентной гомосексуальностью и развитием бредовых идей подчеркивалась Knight (1940) в работе «Отношение латентной гомосексуальности к механизмам параноидных идей». Автор фокусировал своё внимание на ненависти как основной проблеме, способствующей развитию бреда. Эта ненависть направлена против фигуры отца, будучи связанной с Эдипальными переживаниями, или против фигуры брата. Выраженный гомосексуальный драйв сам по себе рассматривался Knight как попытка эротизировать и нейтрализировать деструктивную враждебность, при которой сын хочет убить отца, но проявлением к нему своей любви он старается нейтрализовать своё чувство. Этот механизм присутствует, но не срабатывает до конца, так как основная ненависть слишком выражена.

Bak (1946) отмечал, что за бредовой реакцией скрывается мазохизм.

Klein (1948) относила Эдипальный конфликт к раннему периоду жизни, считая, что этот конфликт появляется уже в течение первого года жизни. Уже с этого времени строится жестокое преследующее superego, которое, по мнению автора, является источником более поздних параноидных образований.

Cameron (1943) расширяет концепцию параноидного отрицания и проекции, рассматривая эти механизмы не просто на уровне отношений одного человека к другому, а на уровне интеракций большого количества людей, приводящих к образованию параноидного псевдообщества.

Мнения авторов, изучающих механизм отрицания и проекции, расходятся. Так, например Waelder (1960) придаёт большее значение механизму отрицания, чем проекции.

Авторы, исследующие параноидных пациентов, обращают внимание на наличие в преморбиде таких пациентов напряжения, сочетающегося с неуверенностью и боязливостью, базирующихся на исходном уровне высокой тревожности. Эти люди легко становятся подозрительными и недоверчивыми.

Для них характерно ожидание того, что их кто-то предаст, которое присутствует даже в кратковременные периоды доверия к окружающим. У них обнаруживаются уходящие в далёкое прошлое тенденции иметь какой-то секрет, быть инкапсулированными, никого не пускать в свой внутренний мир.

Они полагают, что за людьми необходимо присматривать, чтобы они не сделали ничего плохого.

Эти проявления могут быть сравнительно безобидными в течение длительного времени, не являясь предметом клинического анализа. Проблема появляется тогда, когда параноидные психологические защиты терпят поражение и возникает патологическая фокусировка на определённой теме, связанной с работой, межличностным контактом, какой-то деятельностью, ситуацией, происходящей с родственниками, знакомыми и пр.

Возможна фиксация на отдельных людях с возникновением представления о том, что они связаны друг с другом и пытаются в маленьком субколлективе причинить пациенту какой-то вред.

Люди с параноидными состояниями внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее, самодостаточность является лишь фасадом, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда чрезвычайно озабочены тем, что другие думают и чувствуют в отношении их. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определённым видам ситуаций; к определённым лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки, неудачи, просчёты и несоблюдение каких-либо условий. Ответственность отбрасывается от себя и приписывается другим. *Лицам с параноидной идеацией характерно отрицание не приемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний*, включающих и сексуальные. Социально дискриминирующие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Характерна постоянно присутствующая внутренняя враждебность к окружающим, носящая неуправляемый характер. Враждебность они также проецируют на других, ссылаясь на её вторичность, хотя, на самом деле, она является обычно первичной.

Несмотря на то, что механизмы отрицания и проекции имеют место как на бессознательном, так и на пресознательном уровнях, эти люди *не осознают в достаточной степени свои чувства и действия.* Результатом их бессознательных манёвров является формирование вокруг них неблагоприятной обстановки неловкости, напряжения, приводящей к ответным негативным реакциям со стороны окружающих. Последние пытаются избегать общения с ними.

Таким образом, наряду с параноидной идеацией у таких людей возникает социальная изоляция, имеющая тенденцию к нарастанию. Социальная изоляция вызывает у лиц с параноидной идеацией чувство отсутствия любви к себе, ощущение собственной нежеланности, неполноценности, а, иногда, и чувство виновности. Драйв агрессивности толкает их на деятельность, направленную на преодоление факторов, мешающих их интегральности .

Для преморбида лиц с параноидной идеацией характерна реактивная психологическая ригидность, делающая невозможной сколько-нибудь гибкую адаптацию к окружающей среде.

Эти лица *создают имидж самодостаточности, супериорности и уверенности в себе, производят впечатление беспроблемных, что является общей чертой защитного поведения.* Этот стиль поведения используется в большинстве ситуаций в связи с малой адаптивностью и ригидностью. Они постоянно выглядят одинаково, имея единственный, ограниченный стиль поведения, касающийся манеры говорить, улыбаться; манеры задавать вопросы и отвечать на них; контактировать с другими и т.д. В этом проявляется их попытка отгородиться от внешнего мира и не разрешить никому и ничему разрушить внутренний мир, созданный ими. Это стремление находит отражение и в других проявлениях. Например, в старательном настаивании на выполнении правил, исключающих возможные отклонения, и стремлении создать у других различные комплексы, например, неполноценности. Бессознательное желание бывает направлено на формирование у другого человека отрицательного отношения к себе, на фоне которого человек с параноидной идеацией, естественно, будет выглядеть лучше. Типично также подчеркивание промахов других с максимизированием их недостатков. Например, попытки обратить внимание окружающих на поведение человека, которого они считают своим врагом, проявляющееся в нарушении им социального табу и в совершённых им антисоциальных поступках.

В социальных контактах с другими лица с параноидными идеациями используют рационализации, их любовь к рассуждениям напоминает *резонёрство,* характерны ссылки

на высшую правду, высшую истину, что сопровождается проявлением большой доли лицемерия. Рационализациям свойственны фальсификации, заведомо неправильные интерпретации, рассчитанные на невнимание слушателей.

Рассуждательные обвинения, повторяющиеся в рамках одного и того же репертуара, свидетельствуют о *психологической ригидности* таких людей. К рационализациям и неправильным интерпретациям добавляются ложные воспоминания с убеждённостью рассказчиков в реальности происходивших событий. Хотя, в действительности, этих событий или не было вообще, или они происходили, но совсем не так, как о них повествуют. Начав обманывать таким образом окружающих, они сами начинают верить в свой обман. Таким образом *реализуется необходимость защитить свою неуверенную личностную структуру в связи с возможной её дезинтеграцией.*

К факторам, провоцирующим активацию параноидных идеаций, относится *фрустрация*. Активация может носить сверхвыраженный характер. Возможно резкое усиление враждебных импульсов в случае неудачной попытки реализации какой-либо активности. Невозможность достичь чего-либо может быть реальной, или выдуманной, воображаемой, когда они считают, что могли бы достичь определённой цели, оставшейся недостижимой. В этом выражается *компенсаторная реакция* на опасности, пассивные желания, слабости и.т.д.

Параноидная личность особенно ранима в отношении угрозы, которой подвергается их ego со стороны superego. Угроза со стороны собственного superego переживается ими на уровне сознания, пресознания и бессознательного. Угроза проявляется как усиленное чувство вины, что невыносимо для этих лиц. *Усиленное чувство вины* создаёт потребность защитить ego, что достигается активизацией реакций отрицания и проекции. Внезапное усиление механизмов проекции приводит к возникновению чувства опасности со стороны окружающих людей и событий. Происходит *отрыв от реальности*. Люди рассматриваются как зловредные, несущие в себе угрозу.

Появление враждебных импульсов может иметь место при попадании лиц с параноидными идеациями в новые для них ситуации, в новую обстановку, при предъявлении к ним требований, не имевших места ранее. Страшит появление даже минимальной угрозы их статусу и безопасности. Успешная реализация своих потребностей не спасает от боязни соперничества и конкуренции. Поэтому они избегают жестких конкурентных ситуаций, стимулирующих враждебную агрессию и фантазии о доминировании, сочетающиеся с потребностью справиться с этой ситуацией даже путём унижения или подавления предполагаемых врагов.

Для людей с такого рода особенностями параноидность может стимулироваться даже при отсутствии атмосферы соревновательности и конкуренции. Так, совместное их пребывание с ограниченным количеством людей в сравнительно замкнутом пространстве в течение сколько-нибудь длительного промежутка времени, например, невозможность выйти далеко за пределы территории, пребывание в условиях экспедиции, то есть любая *социальная изоляцияпотенциально способна усилить параноидные импульсы*. Это связано с тем, что изоляция от внешней стимуляции оставляет такого человека наедине со своими фантазиями и мечтами. Сенсорная депривация способствует усилению воображения, активизации аутистических переживаний, влияния глубинных бесссознательных структур, что сопровождается ослаблением критических оценок. На этом фоне создаются условия для прорыва патологической интуиции, опрежделяющей бредовое развитие.

Включение таких людей в какую-то деятельность с достижением успеха на этом поприще способствует частичной компенсации параноидной настроенности на более или менее длительный период времени. К *сожалению, такая компенсация не распространяется на уже сформировавшиеся межличностные отношения.*

Окружающие таких людей близкие и друзья подвергают себя наибольшему риску, в связи с направленной на них агрессивностью, базирующейся на ригидной подозрительности, страхе быть ущемленными, ограниченными в своих правах. Лучшим вариантом является акцент на деловой стороне жизни с возможной минимизацией включённости в нюансы межличностных отношений.

Психологический буфер, направляющий энергию лиц с параноидными идеациями в деловую сферу, в какой-то степени препятствует возникновению межличностных конфликтов вне производства. Чем кратковременнее контакт с человеком, тем менее представлена возможность «разбираться» в нём и проецировать на него собственные отрицательные, агрессивные импульсы. Следовательно, *у лиц с параноидными идеациями количество межличностных контактов прямо пропорционально продолжительности и степени выраженности их компенсации.*

Лицам, с такого рода особенностями, свойственна длительная *некорригируемая интуиция*. Обычный человек, интуитивно воспринимая людей и ситуацию, оценивает их в динамике. Его интуитивная оценка изменяется в контексте изменения воспринимаемых средовых компонентов. Такая интуитивная динамика не свойственна лицам с параноидной идеацией. Их отрицательные интуитивные оценки носят застревающий, стойкий характер. Как правило, они, интуитивно, почувствовав недоброжелательное отношение к себе, возможно связанное только с какой-то временной конкретной ситуацией, начинают рассматривать последующие действия этого человека\людей, основываясь на возникшей и изменяющейся интуиции, «накручивать» в своём сознании одно на другое, формируя негативный «снежный ком». Ф*ормируется определённый алгоритм, при котором все события рассматриваются только с одной точки зрения без учёта их динамики*. В этот алгоритм трудно вмешаться и изменить его. Отсюда некорригируемость интуиции лиц с параноидными расстройствами.

Сущностью параноидной личностной организации является такой способ обращения со своими отрицательными качествами, когда последние проецируются на других. Оторванные таким образом от своего ego атрибуты воспринимаются в дальнейшем в качестве внешней угрозы. Ego, лишенное присущих ему отрицательных содержаний, может формировать повышенную самооценку, вплоть до мегаломанического ощущения.

Параноидный тип личностной организации имеет различную выраженность. Meissner (1978) считает возможным устанавливать наличие континуума тяжести нарушения. С точки зрения автора, одни параноидные лица более, а другие менее «больны», чем «здоровы». Это зависит от степени представленности параноидных черт на уровнях ego-силы, интеграции идентичности, оценки реальности и объектных отношений. В зависимости от ego-силы пациента и степени стресса возможны проявления психотического, пограничного или «невротического» уровней.

В случаях психотической проекции речь идет о психозе с шизофренической картиной (согласно DSM-IV, шизофрения, шизофреноформное расстройство, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, кратковременное психотическое расстройство и др. расстройства с бредовыми идеями).

На пограничном уровне оценка реальности параноидными пациентами не потеряна и проекция негативных качеств не сопровождается полным отрешением от них. Как пишет Mc Williams (1994), лица, на которых осуществляется проекция, «слегка провоцируются» параноидными субъектами, чтобы они почувствовали, что на них проецируется. При этом параноидный субъект, с одной стороны, старается освободиться от каких-то неприятных чувств, а, с другой, - сохраняет эмпатию по отношению к проецируемым чувствам с целью убедить себя в реальности проекций.

Searles (1959) описывает в качестве примера такой проекции пограничную пациентку, которая «отсоединила» свои ненависть и зависть к аналитику антагонистическим способом, заявив ему, что он завидует ее достижениям.

Интерпретации терапевта были реинтерпретированы пациенткой как доказательства стремления движимого завистью аналитика подчинить и контролировать ее. В результате контртрансференса аналитик, устав от постоянного непонимания, стал ненавидеть пациентку и завидовать ее свободе в отношениях, позволяющей ей вести себя так, как ей хочется. Searles считает, что такие случаи возникновения интенсивных и негативных чувств по отношению к параноидным пациентам пограничного уровня достаточно часты.

Параноидные пациенты «невротического» уровня осуществляют проекцию ego-чуждым (ego-дистонным) способом, посредством которого проецируется какая-то опознаваемая и наблюдаемая часть Self'a. Такая проекция распознается самим субъектом. Пациенты «невротического» уровня в ходе собеседования могут даже сами характеризовать себя как подозрительных, необъективных, склонных к придумыванию лиц.

Для лиц с параноидной организацией типично возникновение такой психологической защиты, как формирование реакции. Напомним, что под формированием реакции понимается психологический подход, диаметрально противоположный репрессированному желанию и представляющий собой реакцию, направленнную против этого желания. Параноидные лица осуществляют проекцию в контексте чрезвычайно сильного желания отречься от возмущающих их содержаний психической деятельности, что приводит к формированию реакции по формуле: « Я люблю Вас; Я ненавижу Вас» с последующей проекцией: «Я ненавижу Вас, Вы ненавидите меня».

Согласно данным Will (1961), Tomkins (1963) и др. лица, ставшие во взрослом возрасте параноидными, в детстве подвергались унижениям и насилию. Родители детей, у которых развилась параноидная организация, проявляли подозрительность, осуждающее поведение, и в то же время, были единственными людьми, которым дети доверяли.

Mc Williams (1994) проводит дифференциацию между условиями воспитания, характерными для параноидных личностей с различными уровнями нарушений. Так, например, параноидные лица психотического и пограничного уровней воспитывались в жестких семейных условиях и оказывались «козлами отпущения» – мишенью ненависти, проецированной на них родителями.

Параноидные лица невротического и приближающегося к здоровому уровней происходили из семей, в которых имело место сочетание мягкости и спокойных периодов с периодами «дразнения и сарказма».

Mc Williams обнаружила, что главное лицо, осуществляющее заботу о ребенке, впоследствии ставшем параноидным, страдало неконтролируемой тревогой. Автор подчеркивает, что, несмотря на присущую им подозрительность, параноидные лица обладают способностью любить, проявлять глубокую привязанность и лояльность. Эта особенность делает возможным проведение эффективной, эмпатически ориентированной коррекции.

Для параноидных лиц характерен хронический страх. Они никогда не чувствуют себя в полной безопасности и постоянно находятся в состоянии повышенной бдительности, «присматриваясь» к возможным угрозам извне, на что уходит большое количество энергии.

У параноидных лиц обнаруживается наличие полярности в самооценке. С одной стороны, они чувствуют себя бессильными, презираемыми, униженными, а, с другой, – всевластными и побеждающими. Между этими противоположными полюсами самооценки присутствует эмоциональное напряжение. Кроме того, ни одна из самооценок не обеспечивает чувства психологического комфорта, так как ощущение себя униженным подчеркивает слабость и несостоятельность, а имидж силы провоцирует возникновение чувства вины (Mc Williams, 1994).

Шизоидное личностное расстройство

Человек с таким расстройством личности *обращён внутрь себя со склонностью к различного рода фантазированию.* Носитель расстройства испытывает затруднения в том, чтобы начать действовать, предпринять определённые активности. Трудности возникают и при социальных взаимодействиях, провоцирующих уход в себя. Типичной для таких людей является *интровертированность, эмоциональная холодность и изоляция от окружающих.*

Термин «шизоидный» был предложен Kretschmer'ом в 1925г. Не обнаруживается связи между шизоидным личностным расстройством и шизофренией. *У лиц с шизоидным расстройством отсутствуют характерные для шизофренического процесса нарушения мышления и нарушения восприятия*.

Типичной особенностью этого нарушения является отсутствие эмоциональной теплоты и взаимопонимания. Люди с шизоидным расстройством личности *внешне выглядят отчуждёнными, холодными, бесстрастными, неспособными к эмпатическому контакту*, с трудом проявляют к кому-либо тёплые чувства, им не свойственна сентиментальность. Их межличностное общение характеризуется наличием очень небольшого количества близких людей, с которыми они поддерживают тесные эмоциональные контакты. Поэтому лица с такими расстройствами часто не вступают в брак, оставаясь одинокими на протяжении всей жизни. Для них характерен уход от конкурентных отношений, с предпочтением видов работ, осуществляемых в одиночку. Сексуальная жизнь часто ограничена только фантазиями. Интересы трудно понимаются окружающими. Межличностные отношения мало их занимают. Более привлекательными для них являются абстрактное теоретизирование и анализ. Носители расстройства способны к интроспекции, представленной в виде абстрактного анализа. Резкая выраженность шизоидного расстройства приводит к неблагоприятным последствиям. В случае малой представленности шизоидных черт при выраженной неэмоциональности, носители расстройства могут быть социально успешными людьми.

Критерии DSM–IV включают список признаков, характерных для этого нарушения:

1. отсутствие желания вступать в межличностные отношения и отсутствие радости от тесных и даже семейных взаимоотношений;
2. предпочтение активностям, связанным с работой в одиночестве;
3. редкое переживание и выражение сильных эмоций (радости, злости);
4. отсутствие желания вступать в интимные отношения с другими людьми;
5. индифферентность к положительным оценкам и критике;
6. отсутствие близких друзей, которым они могут доверять, за исключением близких родственников;
7. проявление суженного аффекта, внешний вид холодных, отстранённых, редко улыбающихся гипомимичных людей с отсутствием достаточно выраженных эмоций.

Шизотипическое личностное расстройство

Введение в классификационную схему шизотипического личностного расстройства связано с попыткой ограничить расширенную диагностику шизофрении. Имеется большое количество психических нарушений, которые протекают с картиной, напоминающей шизофрению, но имеют благоприятные исходы и разное течение. Лица с шизотипическим личностным расстройством производят достаточно странное впечатление не только на специалистов, но и на обычных людей. Окружающим они кажутся необычными и несколько нелепыми. Их своеобразие находит отражение во внешнем виде, одежде, в

манерах и стиле поведения; особенностях межличностных контактов. Для них характерно магическое мышление, часто возникающие странные идеи и кратковременные идеи отношения. Например, у них возникает впечатление, что на них неспроста обращают внимание, но спустя некоторое время эти мысли теряют свою актуальность, и они переключаются на что-то другое. Типичны различные иллюзорные восприятия, парэйдолии, фантастическая переработка воспринятой информации.

У биологических родственников лиц, страдающих шизотипическим личностным расстройством, нередко диагностируют шизофрению. Количество родственников с выявленной шизофренией у них встречается значительно чаще, чем у респондентов здоровой популяции.

При шизотипическом личностном расстройстве мышление и коммуникация с людьми могут быть нарушенными. У этих людей часто возникают эмоциональные состояния, которые проявляются неожиданными аффектами гнева, раздражения, подозрительности. Для них характерно выраженное суеверие, отнесение себя к «отряду» ясновидящих, способных предсказывать какие-то события.

Внутренний мир заполнен различными фантазиями и аутистическими переживаниями. В нем существуют воображаемые отношения с придуманными и реальными людьми. В этих отношениях могут присутствовать различные страхи, наличие которых прослеживается с детского возраста.

Речевая продукция проявляется особым стилем разговора, не совсем понятным для окружающих, особенно в тех случаях, когда люди хорошо не знают носителя расстройства и к его особенностям не привыкли. Окружающие обращают внимание на неадекватность их поведения. Они могут совершать трудно прогнозируемые поступки, которые вызывают раздражение.

Ряд черт, свойственных пограничному личностному расстройству, можно обнаружить у лиц с шизотипическими нарушениями. Характерно чувство одиночества; отсутствие друзей, трудности в установлении близких отношений, колебания настроения. Иногда лица с шизотипическим личностным расстройством одновременно имеют два диагноза: пограничное и шизотипическое личностные расстройства.

Диагностические критерии шизотипического личностного расстройства по DSM-IV:

1.Идеи отношения, не носящие бредового характера.

2.Выраженная социальная тревога, проявляющаяся в чрезвычайном дискомфорте при общении с незнакомыми людьми.

3. Странные убеждения, верования или магическое мышление, влияющее на поведение этих лиц и несоответствующее культуральным нормам. Сюда относят суперсуеверность, веру в телепатию, шестое чувство, в ясновидение. Иногда они утверждают, что другие могут чувствовать их ощущения. В позднем периоде нарушения отмечаются необычные фантазии, которые занимали существенное место в их психической деятельности.

4.Необычные переживания, связанные с восприятием. Например, чувство присутствия человека, которого нет. Это может касаться умерших людей. «Я чувствую, что моя умершая мать находится в соседней комнате», - говорит такой пациент. На вопрос специалиста о том, как именно больной это чувствует, он пожимает плечами, отвечая, что убежден в этом.

5. Странное, эксцентрическое поведение, проявляющееся во внешнем виде, неряшливости в одежде, манерности, в разговоре с собой.

6.Отсутствие близких людей, которым они доверяют. Если такой человек есть, то он, как правило, единственный. В этот перечень не входят близкие родственники.

7.Странности в речевой продукции. Нет инкогерентности, нет нарушений ассоциативного процесса, но есть неопределенность, отвлеченность, чрезмерная

абстрактность, иносказательность, речевое обеднение, при котором пользуются ограниченным количеством слов и выражений, не расширяя свой свловарный запас.

8.Неадекватный ситуации, суженный аффект. При контакте с такими пациентами трудно вызвать у них ответную мимику, улыбку, согласие, которое проявляется в жестах, или выражении лица. Это приводит к затруднению эмоционального контакта.

9.Подозрительность.

Для диагностики шизотипического личностного расстройства необходимо выявление, по крайней мере, пяти из девяти вышеперечисленных признаков.

У лиц с этим нарушением могут возникать формальные нарушения психотического уровня, которые проявляются симптомами, имеющими краткую длительность. В перечень этих симптомов входят: состояния, при которых идеи отношения приобретают более выраженный характер, развивается депрессия или ангедония. Депрессия может напоминать развитие большого депрессивного эпизода. В этих случаях возможна постановка двойного диагноза.

В отличие от шизофрении при шизотипическом личностном расстройстве существует прогредиентность нарушений.

Расширенная диагностика психических заболеваний требует от специалистов умения отграничивать психическое заболевание от личностного расстройства. Существующая в современных условиях возможность как гипердиагностики, так и гиподиагностики психического заболевания велика. Причём более опасным является вариант поспешного «наклеивания» пациенту ярлыка психического заболевания, приводящего к серьёзным социальным последствиям. Существуют виды личностных нарушений, при которых диагностические ошибки более вероятны.

Так, например, вероятность ошибки при диагностике представленных в кластере А параноидных, шизотипических и шизизоидных нарушений будет нарастать по мере продвижения от параноидного к шизотипическому нарушению. То есть, *больше всего ошибок совершается специалистами при квалифицировании шизотипического нарушения.* Если при установлении параноидного расстройства мнения специалистов могут разделяться, то при наличии шизотипического нарушения у большинства пациентов будет диагностировано психическое заболевание. В связи с этим необходимо помнить, что *выделение в отдельную группу шизотипических расстройств было обусловлено необходимостью создания определённой ниши для людей, выражающих себя таким образом, что риск «приобрести» психиатрический диагноз эндогенного заболевания с плохим прогнозом у них более вероятен, чем у других.* Учёт этого положения особенно важен в связи с отсутствием в классификации DSM-IV простой формы шизофрении, что позволяет хотя бы на какое-то время отнести многих пациентов в группу шизотипического личностного расстройства.

Антисоциальное личностное расстройство

В переведённом на русский язык руководстве Kaplan, Sadock (1991) термин «антисоциальный» сохранён, но в ряде русскоязычных работ этот термин заменён на «асоциальный». Это в ряде случаев приводит к возникновению определённых недоразумений, так как термин *«асоциальный», близкий к аутистичному, обозначает несоциабельность человека, погружённость его в себя, интровертированность и затруднения в контакте с другими людьми.*

Антисоциальное личностное расстройство имеет большое социальное значение и встречается достаточно часто, являясь причиной серьёзных неприятностей как для носителя расстройства, так и, прежде всего, для лиц, его окружающих. Носители расстройства характеризуются постоянными антисоциальными и часто непосредственно

противоправными действиями, неспособностью соответствовать принятым социальным нормам, что серьезно осложняет их социальные взаимодействия.

В МКБ-10 это расстройство личности называется диссоциальным. Термин «диссоциальный» встречается в американском учебнике психиатрии под редакцией Arieti. Под термином «диссоциальный» понимались лица, проявляющие антисоциальное поведение по отношению к большинству людей и ситуаций, но по отношению к узкой группе лиц, например, членам семьи, членам своей социальной группы, обнаруживающие лояльность с недопущением в отношении к ним каких-либо антисоциальных действий. Поэтому термин «диссоциальный», встречающийся в МКБ-10, вызывает определённые затруднения у тех, кто знаком с его другим значением.

Антисоциальное расстройство личности в DSM–IV диагностируется как и все расстройства с 18–летнего возраста, но при этом выделяются характерные признаки нарушения поведения (conduct disorder) до 15–летнего возраста. Значение этих признаков велико, так как они предопределяют дальнейшее развитие «полноправного» антисоциального расстройства, для которого *характерны отсутствие привязанности к людям; отсутствие сопереживания, сочувствия; импульсивность; несоблюдение норм морали; отсутствие сожаления, раскаяния и угрызений совести по поводу допущенных нарушений*. Лица с антисоциальным расстройством могут быть достаточно и даже высоко интеллектуальными. При кратковременном контакте они умеют соответствовать общепринятым нормам, производя положительное впечатление на окружающих. Таким образом, у окружающих, которые видят их впервые, часто возникает о них неправильное представление. Например, в ситуациях кратковременного разговора, психологического интервьюирования, собеседования они, при прочих равных условиях, производят порою, по сравнению с другими, даже лучшее впечатление. Отрицательные качества, свойственные им, выявляются только при изучении их поведения в течение более длительного промежутка времени, а не в обстановке непродолжительной беседы, в течение которой они могут «собраться», с целью добиться у собеседника необходимой положительной оценки.

Для людей с такого рода расстройством характерна *хорошая вербализация, логика, умение правильно оценить обстановку*.

Основные *отрицательные качества у лиц с антисоциальным расстройством* начинают проявляться уже в раннем возрасте. К ним, в частности, согласно DSM-IV, относятся следующие:

1. 1.частые уходы из дома с невозвращением на ночь. Стремление взрослых наказать их сопровождается невыполняемыми обещаниями не повторять такого поведения;
2. 2.склонность к физическому насилию по отношению к более слабым сверстникам;
3. жестокость по отношению к другим и издевательство над животными;
4. сознательное повреждение принадлежащей другим собственности;
5. целенаправленные поджоги;
6. частое враньё, вызываемое разнообразными причинами;
7. склонность к кражам и грабежам;
8. стремление к вовлечению лиц противоположного пола в насильственную сексуальную активность.

Наличие трёх и более признаков позволяет отнести их носителя к категории лиц, страдающих антисоциальным расстройством. В дальнейшем после 15летнего возраста у носителей антисоциального расстройства проявляются следующие признаки:

1. 1.трудности в учёбе, связанные с неподготовкой домашних заданий;
2. трудности в производственной деятельности, связанные с тем, что такие лица часто не работают даже в тех случаях, когда работа доступна для них;
3. частые, необоснованные отсутствия в школе и на работе;
4. частые уходы с работы без реальных планов, связанных с дальнейшим трудоустройством;

5. несоответствие социальным нормам, антисоциальные действия, носящие уголовно–наказуемый характер;
6. раздражительность, агрессивность, проявляющиеся как по отношению к членам семьи (избиение собственных детей), так и по отношению к окружающим;
7. невыполнение своих финансовых обязательств (не отдают долги, не оказывают финансовой помощи нуждающимся родственникам);
8. отсутствие планирования своей жизни;
9. импульсивность, выражающаяся в переездах с места на место без ясной цели;
10. лживость;
11. отсутствие лояльности к окружающим со стремлением «свалить» вину на других, подвергнуть риску других, например, оставляя открытой электропроводку, опасную для жизни. Несоблюдение правил техники безопасности при работе, сопряжённой с риском для жизни. Стремление к рискованному автовождению с подверганием риску других. Отсутствие активностей, связанных с заботой о собственных детях. Частые разводы. Отсутствие угрызений совести по поводу ущерба, нанесённого другим.

У лиц с антисоциальными нарушениями *почти не представлены тревога и страх, поэтому они не боятся последствий своих действий.*

В XIX веке поведение таких людей квалифицировалось как «моральное безумие» потому, что, с точки зрения психиатров, наблюдавших таких людей, человек с нормальным интеллектом, будучи психически здоровым, не в состоянии совершать подобные действия, так как удовольствие, получаемое им незначительно, а последствия для других и самого себя разрушительны.

«Ядром» этого нарушения является получение удовольствия любой ценой, поэтому особенностью лиц с антисоциальными нарушениями является выдвижение на первый план деятельности, направленной на получение удовольствия. Им свойственен примитивный гедонизм, без учёта реальной возможности следующего за антисоциальными действиями наказания. Поэтому запугивать их наказаниями бессмысленно. Эти лица стремятся к гиперстимуляции, чувствуя себя лучше во время пребывания в активном состоянии. Они не выносят состояния пассивности, одиночества, изолированности. Поэтому термин «асоциальный» по отношению к этим лицам выглядит как нелепый нонсенс. Они стремятся к контактам с другими, но в этих контактах совершенно не учитывают их интересов. Любые, требующие усилий действия производятся ими лишь при одном условии–получении удовольствия от деятельности. В случае несоблюдения такого условия, делать работу, не доставляющую им немедленных положительных эмоций, они не будут. Стремление к получению удовольствия носит поверхностный характер, не затрагивая глубинных эмоций.

Социальная непродуктивность таких людей базируется на том, что им быстро всё надоедает. Начав с подъёмом и энтузиазмом выполнять какую–либо деятельность, они быстро в ней разочаровываются, находя работу рутинной, скучной и неинтересной. Это приводит к появляющимся нарушениям, ошибкам и промахам, вызывающим возмущение окружающих.

Наиболее *слабым местом для лиц с антисоциальными нарушениями является гипостимуляция, которую они плохо переносят,* испытывая при этом выраженный психологический дискомфорт. Эту особенность следует учитывать при профессиональном отборе. Так, увлечённые, например, романтическим порывом, они стараются уехать в места, где отсутствуют развлечения и нет возможности быстро вернуться, например, участвовать в экспедициях. В силу того, что им быстро всё надоедает, у них появляется агрессивность по отношению к другим, усиление конфликтности, провоцирующей разнообразные нарушения. Это делает существование рядом с ними всех остальных людей невозможным.

При антисоциальном личностном расстройстве человек постоянно совершает антисоциальные или криминальные действия. Тем не менее, это поведение не является синонимом криминалитета. Стержень этого вида расстройства составляет неспособность человека быть конформным по отношению к социальным нормам. Эта неспособность затрагивает многие аспекты личностного развития как в подростковом, так и во взрослом состоянии.

У лиц с антисоциальными нарушениями почти не представлены тревога и страх, поэтому они не боятся последствий своих действий.

Пациенты с антисоциальным личностным расстройством, так же, как и пограничные личности, предъявляют суицидные угрозы. В отличие от пограничного личностного расстройства (см. ниже), здесь речь идет только о демонстративных попытках, но не их реализации. Исследование психического статуса не обнаруживает формальных нарушения мышления, бредовых идей, иррационального мышления. Для них характерна большая практичность, высокий порог «заземления» и повышенное чувство реальности. Эти люди имеют развитый вербальный интеллект, они хорошо и красиво говорят. Они используют «обворожительную» речь, когда им нужно защитить себя, что-то скрыть, перевести разговор на другую тему. Они хорошо проецируют вину на других, обвиняя всех, кроме себя. Причем делают это с большим артистизмом и убежденность, поэтому те, кто мало их занет, верит им.

В американской психиатрии антисоциальное личностное расстройство дифференцируют от диссоциального расстройства, под которым подразумевают поведение, напоминающее антисоциальное личностное расстройство, не проявляющееся в условиях собственной семьи или группы, с которой эти люди тесно связаны. Они соблюдают правила этики и морали в своей группе, но не соблюдают их по отношению к представителям другой части общества. Такая диагностика не входит в официальные классификации.

Представляет интерес *связь антисоциального личностного расстройства с аддиктивными нарушениями.* При этом виде расстройства с раннего периода времени имеет место периодическое употребление веществ, изменяющих психическое состояние. Такие люди легко вовлекаются в многообразные виды антисоциальной деятельности. У них отсутствует фиксация на алкоголе. Это проявляется, например, в том, что при положительном отношению к алкоголю для них нетипично доставать его, они участвуют в выпивке только тогда, когда их угощают. Возможно употребление веществ, способных вызывать достаточно сильные явления физической зависимости, например, опийных препаратов, что может привести к развитию химической аддикции. В таком случае химическая аддикция будет развиваться на фоне антисоциального личностного расстройства, что не может не наложить отпечаток на особенности его течения. Возможен более частый вариант, при котором, несмотря на сравнительно раннее употребление веществ, химическая аддикция не развивается. Это связано с тем, что вещества, изменяющие психическое состояние, употребляются периодически, а затем исключаются из употребления, даже если имеет место употребление героина. Лицам с антисоциальным личностным расстройством это сделать, очевидно, проще, чем людям без этих нарушений, т.к. у них присутствуют другие сильные деструктивные мотивации, не являющиеся чисто аддиктивными. Человек с антисоциальным личностным расстройством умеет получать удовольствие не только от употребления аддиктивного агента. Спектр средств, обеспечивающих получение удововльствия, достаточно широк. Эти лица пребывают в постоянном поиске возбудителей без фиксации на каком-то одном из них.

Для лиц с антисоциальным личностным расстройством характерен гедонистический стиль жизни. Они стремятся получать удовольствие любой ценой, невзирая на возможные неприятные последствия. Они ориентированы только на текущий момент, не планируют свою жизнь и стараются не думать о последствиях. Их не пугают наказания, поэтому они идут на совершение нарушений даже в тех случаях, когда

отрицательные последствия неизбежны. Это делает их поведение непрогнозируемым и опасным для окружающих. Иррациональные действия приводят к тому, что страдающей стороной являются они сами и, прежде всего, те, кто с ними тесно связан, кто положился на них, переживает и волнуется за их жизнь. Антисоциальнымй член семьи нередко воспитывается в антисоциальной семье, но, бывает и так, что антисоциальное личностное расстройство развивается в сравнительно благополучных семьях.

Пограничное личностное расстройство

Слабость идентичности является, согласно DSM–IV, одним из признаков, характрных для пограничного личностного расстройства. На основании анлиза пациенток\пациентов с этим расстройством мы выделяем этот признак как базисное нарушение, с которым оказываются связанными другие особенности психики лиц с пограничным личностным расстройством.

Нарушение идентичности выражается в недостаточной интегрированности Self'a и\или в недостаточной стабильности такой интегрированности. Слабость Self'a сопровождается слабостью ego, которое оказывается не в состоянии противостоять воздействиям бессознательного. Постоянно присутствует угроза нарушения баланса между вторичным и первичным процессом в сторону преобладания последнего. При этом создаются благоприятные условия для активизации коллективного бессознательного, что приводит к возникновению обычно кратковременных (от минут до нескольких часов) психических нарушений. Последние без учета их динамики, легкой обратимости могут быть ошибочно приняты за признаки психического заболевания, даже имеющего прогредиентный характер. Наиболее кратковременны дереализационные и деперсонализационные расстройства: ощущение нереальности окружающей обстановки, происходящих событий; потери чувства собственного Я (постоянно слабо представленное); чувство, что все происходит с кем-то другим или совершается в сновидении.

Особенностью пациентов с пограничным личностным расстройством является то, что кратковременные психические нарушения, очевидно, в связи с их повторяемостью являются ego-синтонными, что вызывает отрицательное отношение к их терапии. При проведении психоанализа мы встречались с феноменом, обозначенным как id-сопротивление (id-resistence), выражавшемся в компульсивном повторении патологических паттернов поведения.

Пациенты с пограничным личностным расстройством до определенной степени могут управлять нарушениями. Характерно, что они постоянно пребывают на грани инфляции сознания материалами с бессознательными содержаниями. Self этих лиц недостаточно когезивен.

Состояние лиц с пограничным личностным расстройством определяется частыми колебаниями настроения, мотивационного и энергетического уровней функционирования. Оптимистичное, веселое или радостное настроение может быстро смениться угнетением, апатией, депрессией или раздраженностью, гневливостью, гиперсенситивностью к поведению окружающих. Эти состояния отражаются на их внешнем виде, мимике, активности, языке, жестикуляции, всей психомоторной сфере. Изменения настолько выражены, что делают их буквально неузнаваемыми. Недостаточно знающие их люди склонны связывать происходящее с воздействием каких-то серьезных внешних обстоятельств, психической травмой, плохим соматическим самочувствием и др. По мере приобретения опыта в контактах с ними становится ясно, что смена состояний происходит, в основном, спонтанно по внутренним механизмам, без отчетливой связи с влиянием происходящих вовне событий.

Наряду с отсутствием у лиц с пограничным расстройством «спаянного» Self'a, у них слабо представлено superego, что свойственно также гистрионическому и нарциссическому расстройствам.

Kernberg, обращая внимание на свойственную нарциссическим личностям патологическую лживость, отмечал, что им нельзя доверять, в силу того, что они могут предать и подвести. Лицам с пограничным нарушением свойственно такое же поведение. Разница заключается в том, что *человек с нарциссическими особенностями лжёт или совершает предательство по отношению к окружающим для получения непосредственной выгоды, способствующей реализации его нарциссической карьеры, а люди с пограничным расстройством совершают аналогичные поступки с гедонистической целью, для того, чтобы именно в этот момент чувствовать себя хорошо*. Стремление к гедонизму является компенсацией плохого отношения к себе. Гуманитарная образованность некоторых лиц с пограничным расстройством позволяет им характеризовать своё поведение фразой типа «Мы такие, потому, что мы–гедонисты». Не видя перед собой перспективы длительной жизни и пытаясь получить удовольствие сейчас и немедленно, они рассуждают примерно следующим образом: «Вчерашний день ужё прошел, завтрашний ещё не наступил, будем наслаждаться днём сегодняшним».

В противоположность этому лица с нарцисстичекими нарушениями имеют пролонгированную, рассчитанную на успех будущностную ориентацию.

Характерной чертой являются совершаемые ими *суицидные попытки в ситуациях, которые при объективном рассмотрении причиной суицида быть не могут*. И хотя мысль о суициде может не реализоваться «по техническим причинам», но она всегда серьёзна. Свойственное им самоповреждающее поведение далеко от демонстративности, характерной для гистрионических суицидных попыток. Типичной является не демонстративность, а необходимость самопроверки с постановкой вопроса « А что же на самом деле я могу выдержать?».

Согласно нашим наблюдениям, самоповреждающие действия лиц с пограничным личностным расстройством могут быть связаны с необходимостью устранения развивающихся признаков аннигиляционной тревоги посредством причинения себе физической боли.

В отличие от гистрионических лиц, пациентам с пограничным расстройством *не свойственно стремление к ролевому поведению.* Ролевые игры энергоёмки. Они требуют спаянности, собранности в реализации выбранной для себя роли. Лица с пограничным расстройством, несмотря на своё разнообразие и деструктивность, всегда естественны, им претит ролевое поведение. При разговоре с такого рода пациентами обращает на себя внимание их возмущение «истеричным» поведением других, в силу того, что они видят в нем свой искаженный образ. Необходимо *помнить о серьёзности, производящего впечатление игрового, поведения лиц с пограничным расстройством, так как подобная игра может иметь реальный плохой конец.*

Типичным для лиц с пограничным расстройством является феномен *привлекательности тематики, связанной со смертью.* Это выражается в чтении литературы, содержащей в себе описание самоубийств, интерес к исследованиям по самоубийствам; болезненным стремлением к разговорам с другими людьми на темы «жизни после смерти» и самоубийств. Интересно наблюдение одного из психиатров, общающегося со своим коллегой с пограничным расстройством. Её особенно привлекали пациенты, совершавшие самоубийства. В дальнейшем у нее самой имела место серьезная суицидная попытка.

Одним из признаков пограничного личностного расстройства является *импульсивность.* Психоаналитическое объяснение её происхождения заключается в том, что неспаянный Self оказывается не в состоянии контролировать импульсы, идущие из id. То есть, человек с такого вида расстройством *находится под властью импульсов из бессознательного, которые могут быть как либидинозными, так и деструктивными,*

включая в последнем случае агрессивные и аутодеструктивные (суицидальные)импульсы. Слабые ego и superego не являются достаточной защитой от стремления к немедленной реализации драйва.

Осуществляемая таким образом реализация сексуальных стремлений противоречит принятым социальным нормам, дискредитирует личность в социальном плане и может представлять опасность в связи с контактами с неподходящими людьми в неподходящих местах. Некоторые аналитики рассматривают это явление как прямую реализацию аутодеструкции, свойственную пограничным личностям.

Импульсивность проявляется в стремлении получить удовольствие и в других реализациях: периодические алкоголизации, употребление наркотиков, переедание, быстрая езда на автомобиле, азартные игры. Таким образом, для лиц с пограничным нарушением *типичны различные формы связанного с риском азартного поведения.* Феномен аддиктивной фиксации на каком-то одном способе изменения психического состояния для лиц с пограничным личностным расстройством не характерен.

Возможны состояния, во время которых лица с пограничными нарушениями «теряют голову», совершая поступки, противоречащие их интересам и несовпадающие с тем, чего от них ожидают.

Одной из проблем, характерных для лиц с пограничным расстройством, является *отсутствие умения контролировать легко возникающую злость,* выступающую как компонент дисфорического настроения. Во время дисфории эти лица раздражительны, легко вступают в конфликты, проецируя на других то, что вызывает у них сколько–нибудь представленное чувство вины с постепенным вырабатыванием навыка к сочетанию двух видов психологической защиты интеллектуализации и проекции. *Интеллектуализация* носит философское содержание, базирующееся на экзистенциальных проблемах, касающихся смысла жизни в целом и критики общепринятых систем ценностей. *Проекция выражается* в способности на вербальном уровне хорошо и убедительно обвинять других с использованием формальной логики для демонстрации своей правоты и неправоты других. Они сами характеризуют себя как «мастеров дискуссий», победителями которых они чаще всего являются.

Наступающие у лиц с пограничным нарушением внезапные *периоды отказа* поражают воображение тех, кто видит это впервые. Отказ от многих действий характеризуется резко выраженным уменьшением продуктивности психической деятельности с изменением эмоционально–волевой сферы. С количественной точки зрения эмоций становится меньше. Содержание эмоций и переживаний оценить трудно. Хотя отдельные элементы дисфории могут присутствовать, это не дисфория и не депрессия. Возникает состояние эмоционального безучастия, в период которого эмоциональная сфера находится как–бы в дремотном состоянии. Для этого периода характерны пассивность, малое количество движений, гипомимия. Люди в этом состоянии выглядят как «неживые». Пациенты молчаливы; по своей инициативе не разговаривают, не отвечают на задаваемые вопросы или отвечают крайне лаконично. Попытки разговорить их вызывают кратковременную резкую негативную реакцию иногда с несвойственными в других состояниях грубостью, цинизмом, нецензурными выражениями.

Наряду с возникновением различных часто сменяющихся эмоциональных состояний, лицам с пограничным расстройством свойственно базисное чувство экзистенциальной скуки, которое у них является основным наиболее стабильным переживанием. Наиболее отчетливо экзистенциальная скука проявляется в ситуациях одиночества, что сопровождается изменением переживания времени: время тянется очень медленно, ожидание (особенно ожидание значимого, входящего в «качественный мир», человека) становится непереносимым. На этом фоне обычно появляется тревога, которая может нарастать и трансформироваться в экзистенциальный ужас. В последнем варианте возникает непреодолимое желание сделать все возможное, чтобы только прервать это

состояние: броситься «куда глаза глядят», встретиться с кем угодно; выпить большую дозу алкоголя; принять транквилизаторы; причинить себе боль.

Механизмом развития этих состояний, по-видимому, является блокада энергетических импульсов, идущих из бессознания. Выражаясь метафорически, садится «источник питания», обеспечивающий активное функционирование. Анализировать эти нарушения трудно, особенно в связи с *выраженным сопротивлением пациентов*, *отсутствием желания рассказывать о них*.

Лицам с пограничным расстройством свойственны высказывания типа: « У меня бывают такие состояния, но это не болезнь, хотя я понимаю, что другие расценивают их как болезнь, а меня как психически больную». Отсюда стремление скрыть эти нарушения от окружающих и по возможности не упоминать о них. *Действия, совершённые во время этих состояний, неадекватны, в связи с отсутствием сознательного контроля над ними*. Например, оставаясь дома, такие люди могут оставить включённым электроприбор, могут не закрыть дверь, принять большую дозу какого-то лекарства, формально объясняя это, например, сильной головной болью.

Иногда возникает экзистенциальная тревожность, что стимулирует желание употреблять транквилизаторы.

Периоды отказа кратковременны, с продолжительностью от нескольких часов до одного дня с последующим возвращением к исходному состоянию.

Нарушения идентичности оказывают непосредственное влияние на половую ориентацию с тенденцией почувствовать себя в роли лица противоположного пола. Этим объясняются попытки вступления в гомосексуальные и лесбийские связи, объясняемые лицами с пограничными нарушениями как необходимость расширять свой сексуальный кругозор. Нарушения идентичности представлены также в частой смене такими людьми профессии, учебного заведения и места работы.

Лиц с пограничными и антисоциальными нарушениями объединяет наличие у тех и других гедонистических тенденций с быстро наступающим чувством пресыщения. Воодушевлённость, увлечённость, настойчивость сочетаются у них с быстрой потерей интереса к происходящему с последующим совершением неадекватных и нелепых, с точки зрения окружающих, действий, проявляющихся, например, в уходе с последнего курса института, в прерывании почти законченной работы.

Стараясь спастись от экзистенциальной скуки на «длительную дистанцию», лица с пограничным расстройством мечтают об идеальной любви, об установлении связи с человеком, который понимал бы их, разбирался в возникающих состояниях и проявлял к ним терпимость. Выбор значимого для них объекта облегчает хорошо развитая эмпатия.

Установлению значимой любовной связи лица с пограничным расстройством придают большое значение. Эта связь на каком-то этапе, как и при любовных аддикциях, может быть очень интенсивной.

Однако, стабильности чувств противоречит их структура личности, характеризующаяся неспаянностью, расщеплённостью Self'a.

Поэтому, несмотря на наличие качественно значимых отношений, не исключён выход за их рамки с установлением, например, малозначимых, временных, часто одноразовых сексуальных контактов.

Анализ этого явления показывает, что в параллельных отношениях участвует другой фрагмент Self. В процессе имеет значение ранний опыт Self-объектных отношений, интернализованный в бессознательном. Разрыв значимых отношений провоцируют факторы, стимулирующие проявление прежних, первичных Self–объектных отношений, которые могли, например, включать контакты с антисоциальными людьми. В истории жизни лиц с пограничным нарушением обнаруживается обычно *присутствие тайн,* «вторых жизней», которые они пытаются скрыть. Тайны раскрываются при неожиданных появлениях незнакомых людей, предъявляющих лицам с пограничным нарушением требования, права, непонятные для родителей и близких.

Люди с пограничным расстройством ценят и оберегают отношения со значимым Self - объектом, так как они понимают, что ничего более ценного у них нет. Этим объясняется присутствующий в их жизни *постоянный страх быть покинутой/покинутым*.

Разрыв значимых отношений сопровождается развитием депрессии, а предпринимаемые попытки изменить ситуацию делаются неуклюже и грубо, способствуя ещё большему её ухудшению. Частым выходом из сложившейся ситуации является *суицидная реализация.*

Частая смена точек зрения, взглядов и систем ценностей на происходящие события является характерной чертой лиц с пограничным нарушением. Периодические переключения на другие системы ценностей возникают спонтанно или происходят в результате воздействия различных случайных факторов, впечатлений, произведённых на них какими–то людьми или событиями. Поэтому ответы на такой сакраментальный вопрос: «Что же для них истина?» разнообразны и зависят от короткого, быстро меняющегося временного промежутка их жизни.

Отличительной чертой лиц с пограничным нарушением является *интерес к различным сверхъестественным явлениям,* таким, как, ясновидение, предвидение, шестое чувство, привидения, вторая реальность, духи. Своеобразие этой черты заключается, с одной стороны, во влечении к этим явлениям, а, с другой,– в том, что *далеко в них они «не уходят» и сохраняют связь с реальностью, в отличие от шизотипического личностного расстройства*. Это обусловлено тем, что глубокая погруженность в эти явления способствует быстрому развитию у лиц с пограничным нарушением экзистенциальной тревоги.

Экзистенциальная тревога у пограничных лиц может быть спровоцирована воздействиями, непосредственно активизирующими бессознательные комплексы. Чтение книг, просмотр фильмов, спектаклей с содержаниями, имеющими отношение к архетипной символике, может стимулировать возникновение экзистенциальной тревоги.

Нами обнаружено, что лица с пограничным расстройством проявляют, как правило, резко негативное отношение к попыткам их сфотографировать, и стараются фотографироваться только в ситуациях крайней необходимости. Они не любят рассматривать свои фотографии, а также смотреть на себя в зеркало, что связано с возникновением неприятных эмоций, связанных с усилением нарушения идентичности.

При дифференциации пограничного расстройства с шизофреническим процессом следует отметить наличие похожих на шизофрению эпизодов. Например, повторяющиеся периоды отказа могут напоминать простую форму шизофрении (по ICD–10). При возникновении подозрительности, связанной с прорывом в Self архетипов, например, архетипа врага, состояние следует дифференцировать с параноидной формой шизофрении.

Эмоциональные состояния у лиц с пограничным расстройством могут приближаться по своим проявлениям к большим депрессиям. Возникновение депрессивных симптомов во многом связано с плохим отношением к себе. «Спасением» таких пациентов является отсутствие «спаянности» Self, что способствует кратковременности депрессивной симптоматики.

Бывает необходима *дифференциация и с гистрионическим расстройством* при лёгкой «смене» симптоматики. Поведение таких пациентов может восприниматься как несерьёзное и ролевое.

Гистрионическое личностное расстройство

Для этого вида *расстройства характерна склонность к преувеличенным эмоциональным реакциям, к драматизации происходящего, стремление испытывать сильные чувства; выраженный эгоцентризм и экстравертированность*. Лица с

гистрионическим расстройством социабельны, нуждаются в постоянном внимании к себе, в необходимости производить на других хорошее впечатление. Они стремятся быть в центре внимания, с целью получить похвалу, используя для этого разные средства, зависящие от возможностей. Такие лица практически постоянно играют определённую роль, настолько вживаясь в неё, что порой трудно разобраться, где же их настоящее «Я». Например, их способность производить впечатление сексуально соблазнительных людей с использованием соответствующего стиля поведения и внешнего вида производит ошибочное впечатление, так как в действительности *в интимной сфере они проявляют холодность*.

Носители гистрионического расстройства чрезвычайно озабочены тем, чтобы выглядеть соответствующим случаю образом. Свои эмоциональные реакции они выражают в преувеличенном виде, стараясь показать, например, не сам факт наличия радости, а себя в этой радости, демонстрируя себя радостным, хотя в действительности, эмоции такой силы они не испытывают. С этой целью они используют восклицания, и необходимые для этого внешние признаки такие, как драматизация, театральность в поведении, пытаясь показать наличие у них «переживаний». Несмотря на их старания, люди, хорошо их знающие и достаточно наблюдательные, видят неискренность и неестественность поведения, которое особенно раздражает близких и родственников, делающих им замечания типа «Как же ты можешь так себя вести?», что, однако, не приводит к изменению общего стиля поведения гистрионической личности.

Характерно постоянное стремление быть в центре внимания, что объединяет их с людьми, имеющими нарцисстические особенности. *Отличие заключается в том, что, если человек с нарцисстическим нарушением, находясь в обществе, может «перенести» пребывание на «периферии», то гистрионические лица всегда стремятся быть в центре внимания,* привлекая к себе окружающих замечаниями, восклицаниями, громкими фразами и смехом.

Они легко и быстро переходят от одного вида настроения к другому. Так, выражая крайнее сочувствие человеку, отвернувшись от него и, подойдя к другому, тут же проявляют реакцию радости и восторга.

Им свойственна *эгоцентричность, стремление к немедленному удовлетворению своих желаний и неадекватное переживание фрустрации.* Наличие ситуаций, связанных с необходимостью отсрочить удовлетворение желания, вызывает переживания, эмоциональные реакции разочарования, неудовольствия, а, иногда и гнева. Поведение носит импрессионистический характер. Речь таких людей изобилует фиксацией на деталях и общими оценками типа «Это было замечательно!», или «Я посмотрел великолепный спектакль!», «Я познакомилась с необычайным человеком!».

Во взаимоотношениях с людьми ими часто используется *эмоциональный шантаж*. Например, разыгрывание гневных сцен, демонстрация слёз, угроза покончить с собой часто встречаются у таких лиц. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и этими людьми. Появление барьера приводит к поиску гистрионическими лицами новых знакомых, новых зрителей. Демонстрируемые состояния они переживают лишь в незначительной степени, о чём свидетельствует быстрый выход из них с недоуменным вопросом: «Почему же другие помнят обо мне то, чего не помню я?».

Такие лица нередко обманывают самих себя, продолжая считать себя правыми, несмотря на то, что все факты свидетельствуют об обратном. Обманывая других, они защищают свою ложную позицию, вопреки здравому смыслу. Это поведение во многом напоминает поведение детей, поэтому окружающие иногда говорят о наличии у них незрелых эмоциональных реакций, что, в целом, не совсем точно отражает существо процесса.

Несмотря на реально существующее недостаточное эмоциональное участие в любовных отношениях, они склонны к *демонстрации любви в присутствии большого*

количества свидетелей, хотя проблема сексуальной холодности для них чрезвычайно актуальна.

Schneider выделял в этой категории людей лиц, постоянно ищущих внимания, с выраженным стремлением создать впечатление своей необычности, сопровождающимся изощрёнными попытками показать себя именно с этой стороны.

В описаниях гистрионического расстройства имеется ряд признаков, объединяющих их с нарциссстическим и антисоциальным расстройством. Отличием от последних являются *отсутствие у гистрионических лиц склонности к правонарушениям и лабильный, гибкий, мягкий характер поведения.*

Таким образом, лиц с гистрионическим личностным расстройством отличает поверхностная эмоциональность и постоянный поиск внимания.

Люди, страдающие гистрионическим личностным расстройством, находятся в постоянном поиске одобрения, положительной оценки и восхищения. У лиц с нарцисстическими особенностями диагностируются аналогичные черты, но они проявляются на более глубоком уровне и в течение более длительного времени. Нарцисстическая личность выбирает для себя особую среду, создает зону комфорта, состоящую, как правило, из двух-трех человек, входящих в группу поддержки, которая поддерживает чувство грандиозности на протяжении относительно длительного периода времени.

Гистрионическая личность направлена на то, чтобы произвести лишь кратковременное впечатление. Это сочетается с неадекватной сексуальной соблазнительностью во внешнем виде и поведении, что не типично для нарцисстических личностей. Лица с нарцисстическими особенностями крайне осторожны в этом плане. Они считают, что вхождение в сферу достаточно глубоких интимных отношений может повредить их карьере, потребует от них больших временных затрат, что будет препятствовать их успеху. Поэтому они часто предъявляют претензии сексуальному партнеру\партнерше, что те отвлекают их от главного и заставляют эмоционально выкладываться и истощаться. Самоубежденность в том, что поведение партнера обижает его и выглядит как скрытая стратегия по причинению вреда, приводит к разрушению отношений.

Лицам с гистрионическим личностным расстройством такое поведение не свойственно.

Нарцисстическое личностное расстройство

Изложение Овидием в «Метаморфозах» мифа о Нарциссе содержит в себе в несколько завуалированной форме ряд актуальных уже для античного мира значений. Овидий сообщает о родителях Нарцисса, нимфе Лейриопе и изнасиловавшем её речном боге Цефисе. Этим подчеркиваются травматические моменты в прошлом Нарцисса. Основные мотивы, которые представляется возможным проследить в дальнейшем изложении следующие:

(1) мотив отверженной любви нимфы Эхо;

(2) мотив мести богини, наказывающей эгоцентричного и беззаботного Нарцисса, возникновением страсти, которую нельзя реализовать;

(3) мотив двойника, основанный на иллюзии: Нарцисс влюбляется в свое отражение;

(4) мотив страстного желания;

(5) мотив магического превращения (Эхо становится бестелесной и Нарцисс превращается в цветок);

(6) мотив смерти;

(7) мотив воскрешения: цветок воскрешается вечно, когда зима сменяется весной.

Несмотря на античное происхождение термина и его различное толкование в истории, только в XX веке термин нарцисс и производный от него «нарциссизм» стал употребляться все более часто и ассоциироваться с проблемами психического здоровья, психоанализа и психиатрии. Нарцисстическое личностное расстройство было включено в качестве диагностической единицы впервые в DSM–III (1980), хотя и до этого концептуализация нарциссизма имела содержательную историю, начиная от Freud'а (1914). Концепцию разрабатывали ряд авторов, прежде всего Kohut (1966,1972); Kernberg (1974,1980,1984); Klein (1957); Fairbairn (1952); Elits (1988); M.Balint (1952, 1968); A.Balint (1939); Plakun (1987).

Диагностические критерии нарцисстического личностного расстройства, согласно DSM–IV (1994), включают всепроникающий паттерн грандиозности и отсутствие эмпатии. Расстройство может диагностироваться при установлении пяти или более признаков, среди которых выделяются: 1) грандиозное чувство самозначимости; 2) захваченность фантазиями неограниченного успеха, власти; 3) вера в собственную уникальность, которую могут оценить только особо одаренные люди; 4) потребность в восхищении; 5) чувство привилегированности; 6) эксплуататичность в межличностных отношениях; 7) отсутствие эмпатии; 8) зависть к достижениям других; 9) вызывающее, наглое поведение.

Психоаналитики называют нарцисстическими тех лиц, личности которых организованы вокруг сохранения их завышенной положительной самооценки за счет получения постоянного подкрепления извне. Известно, что самооценка каждого человека зависит от одобрения или неодобрения авторитетными значимыми людьми. Тем не менее, у некоторых людей *зависимость от внешних «подкреплений»* выражена до такой степени, что другие факторы при этом не учитываются и сверхзанятость свои имиджем в глазах других выходит за пределы обычных реакций на похвалу и критику.

Автор известного психоаналитического словаря Rycroft (1972) определяет нарциссизм как вариант солипсизма – «тенденции пользоваться собой в качестве точки отсчета, вокруг которой организуется опыт. В этом смысле открытие, что кто-то не является единственной головой на плече и что мир не создан исключительно для чьего-то собственного блага, включает потерю нарциссизма».

Lash (1979) понимает под нарциссизмом, в частности, чрезвычайный индивидуализм, пренебрежение к другим людям, сверхзанятость собственными интересами, отсутствие интереса к социальной сплоченности.

Freud считал, что *«первичный нарциссизм»* является нормальной стадией развития, в которой младенец блаженно фиксирован исключительно на самом себе. Первичный нарциссизм, согласно Freud'у, - предтеча объектных отношений. Способность «инвестировать» либидо в других людях появляется в процессе дальнейшего развития ребенка.

Freud объяснял механизм ряда психических расстройств вторичным нарциссизмом, при котором либидо регрессивно «отходит» от внешнего мира и повторно интроецируется в себя, в собственный Self. Такую динамику Freud считал характерной для паранойи, шизофрении, а также в определенной степени для ипохондрических состояний.

Вторичный нарциссизм выражается в патологическом эгоцентризме, отсутствии способности устанавливать продуктивные обоюдные контакты, признавать за другими людьми право на самостоятельные (противоречащие интенциям нарцисстического субъекта) устремления и право на осуществление собственных целей. Окружающие люди представляют для таких личностей интерес только как объекты для манипуляции, «инструменты» для достижения собственных нарцисстических планов.

В психоаналитической литературе дискутируется вопрос о том, существует ли в действительности выделенный Freud'ом первичный нарциссизм, рассматривающийся им позже как недифференцированное экзистенциальное состояние ребенка еще до появления

рудиментарного ego. Это состояние относится фактически к внутриутробному периоду, когда расщепления между субъективным и внешним миром не существует.

Laplanche и Pontalis (1988) приводят два возражения, которые могут возникать в связи с подобным представлением о первичном нарциссизме:

Терминологически при таком подходе теряется само отношение к имиджу Self'а или к зеркального типа отношению, заложенным в этимологии слова «нарциссизм». Если речь идет о недифференцированном, лишенном объектов состоянии, то трудно описывать его в рамках термина «первичный нарциссизм».

Эмпирически существование такого состояния очень проблематично. Некоторые авторы считают, что объектные отношения в «форме» первичной любви к объекту очевидны уже в акте сосания. Они отвергают мифические представления о первичном нарциссизме, понимаемом как первичное, лишенное объектов состояние внематочного существования». Melanie Klein (1945) утверждала, что нет оснований говорить о нарциcстической стадии развития, поскольку объектные отношения возникают с самого начала существования. Термин нарциcстическое «состояние» правомочно применять только в случае переключения либидо на интернализированные объекты. Klein обнаруживала, что дети в раннем возрасте уже имеют ego, активно вовлеченное в такие психические процессы, как идеализация, обесценивание, расщепление. Balint (1968), Fairbairn (1952) утверждали, что люди связаны с объектами (object – related) с самого начала своей жизни. Младенцы активно взаимодействуют с матерью с момента рождения, они могут, например, отличать запах молока своей матери от другого с первых часов жизни (Stern, 1985).

Symmington (1993) на основании такого рода данных приходит к заключению, что “единственный существующий нарциссизм-вторичный».

Kernberg считает, что существует *первичный детский нарциссизм.* Уже при рождении ребенок чувствует, что он нарциcстичен. Kohut рассматривает это явление как нормальное, не носящее нарциcстического характера.

Некоторыми исследователями, изучавшими проблему нарциссизма, высказывается мнение, что это нарушение исключительно затрагивает ego. С нашей точки зрения, это не совсем правильно. Термин ego активно используется в психоанализе. Freud писал свои работы о нарциссизме в основном до того, как он произвел условное деление психической деятельности на сферы ego, id и superego. На самом деле, нарциссизм затрагивает всю личность и касается не только ego, но и superego и какой-то части бессознательного. Поэтому более правильно говорит о *фиксации энергии не на ego, а на Self'e,* включающем в себя не только ego, но и часть бессознательного.

Abraham (1973), Rosenfeld (1965), Kernberg (1975) и др. акцентуируют основное внимание на деструктивности нарциссизма. Нарциcстический человек всегда болезненно завистлив, не переносит успеха других людей, ненавидит их, старается причинить им вред вплоть до разрушения. Он признает существование одного лишь собственного Self, считая отношения взаимности, любви и дружбы непозволительными.

Этот вид *«толстокожего» нарциссизма* Rosenfeld противопоставляет более легкому *«тонкокожему»,* связанному с «переключением» либидо с внешних объектов на себя. Последний вариант нарциссизма Britton (1998) предложил называть *«либидинальным».*

Britton, развивая идеи Rosenfeld’a, считает, что “умеренная доза» (modicum) *“гносеологического нарциссизма* («epistemic narcissism»), выражающегося в убежденности в правоте своих идей, характеризует человека с ассертивными творческими подходами. В то же время Britton признает, что гносеологический нарциссизм является по своей природе формой психологической защиты. Это связано с тем, что окружающие воспринимаются в качестве угрожающих объектов, с которыми приходится сосуществовать, завидуя и ненавидя их. Единственным способом сохранения себя в позиции нарциcстического всемогущества является немедленное воображаемое

устранение объектов, что достигается пренебрежением, подавлением эмпатии, манипулированием, с целью отрицания значимости угрожающих объектов.

Патологические стороны нарциссстической структуры подчеркиваются Kernberg'ом (1975): «грандиозный Self, соединяющий слияние реального Self'a и идеального объекта и результирующий в идеализированной самодостаточности, делает для субъекта невозможным установление интимных отношений, включая анализ». Kernberg считает, что человек с нарциссизмом мог бы выразить свои чувства следующим образом: «Мне не нужно бояться возможного отвержения за то, что я не живу в соответствии с собственным идеалом, который обеспечит мне любовь идеального человека, способного в моем воображении любить меня. Этот идеальный персонаж, мой идеальный имидж этого человека и мой идеальный self едины и они лучше, чем тот идеальный человек, любви которого я желаю. Таким образом, я уже ни в ком не нуждаюсь». (цит. по Holmes, 2002. p190). По мнению Holmes (2002), нарциссстический субъект " соединяет в себе три уровня чувств: внешнее отрицание зависимости и следующее из этого самовосхищение, под которыми находится всепоглощающая оральная зависть и фрустрированная жажда о любящей заботе».

Kohut (1971) рассматривает нарциссизм (любовь к себе) и любовь к объекту в виде двух различных линий развития, сохраняющихся отдельно в течение всей жизни. Автор исходит из положения о неправильности континуальной модели, в рамках которой между этими двумя видами любви имеет место плавный переход. В отличие от Kernberg'a, Kohut подчеркивает здоровый характер нарциссизма, причисляя к последнему амбиции, вдохновение, идеалы, положительное отношение к себе. С точки зрения Kohut'a, в процессе развития ребенка не происходит перехода от нарциссизма к объектной любви, последняя «не заменяет» нарциссизм. Изменение нарциссстических настроений в сторону их ослабления связано с приобретением опыта, различными разочарованиями, постепенным исчезновением многих иллюзий. В результате в здоровом варианте, достигнув зрелости, человек ставит перед собой реальные ego-цели на основе положительного отношения к себе.

Kohut считал формирование здорового нарциссизма необходимым компонентом здорового развития ребенка. Здоровый нарциссизм, согласно автору, не является признаком незрелости или тем более психического заболевания, наоборот, он создает предпосылки для адекватных self-объектных отношений в процессе дальнейшего развития.

Kohut использовал термин «self-объект» («Self-object») для описания особых интимных отношений между родителем и ребенком. Смысл отношений в том, что в них другой, с одной стороны, не является полностью частью Self'a, и в то же время - не полностью отделен от собственного Self'a. Родители ребенка в его раннем возрасте являются Self-объектами, так как они воспринимаются ребенком как продолжение его Self'a, которое он в состоянии в определенной степени контролировать. Kohut рассматривает такую Self-объектность как важное противопоставление чрезмерной фиксации на сепаратности и автономии, свойственных современному обществу.

Автор подчеркивает, что для нормального созревания необходимо соблюдение баланса между позволяемостью (балованием) и ограничением инфантильной грандиозности. «Всевластие» ребенка должно ограничиваться реальностью и осознанием границ своих возможностей.

Для воспитания психологически здоровой личности необходимо то, что Kohut и Seitz (1963) называют *«оптимальной фрустрацией»:* «Если ребенок избалован (не оптимально фрустрирован), он сохраняет необычное количество нарциссизма или всевластия; в то же время, вследствие отсутствия действительных навыков, чувствует себя приниженным. Подобно этому чрезмерно фрустрирующие переживания ведут к сохранению всевластных фантазий». Эффективность решения задачи обеспечивается участием обоих родителей. Например, отец фрустрирует у ребенка чувство

исключительного обладания матерью и, в то же время, помогает ребенку превратить его грандиозность в состояние «биполярного Self'a». Два полюса биполярного Self'a представляют собой:

а) идеалы, к которым стремимся и

б) чувство реальных возможностей для их достижения, которое противопоставляется чувству всевластного контроля.

Психодинамика нарциссизма связана с чувством защищенности, которое создает у ребенка «основу безопасности», особенно важную в неблагополучных или опасных ситуациях. Лица, заботящиеся о ребенке, и, прежде всего, мать обеспечивают формирование такой основы уже в раннем периоде жизни.

Holmes (2002) полагает, что уже в течение первого года жизни дети подразделяются на тех, у кого основа безопасности сформировалась, что характеризуется наличием стабильной уверенной привязанности, и детей с паттерном «ненадежной привязанности». Последний вариант представляет защитную реакцию на «субоптимальное» выполнение родительской функции. Ненадежная привязанность приводит к избеганию, «прилипанию», амбивалентным и дезорганизованным типам поведения.

На значение надежной привязанности указывает Winnicott (1968). В этих случаях поведение матери в ее отношении к ребенку ответственно и настроено с ним на одну волну. Лицо матери является для ребенка зеркалом, в котором он видит свое отражение и таким образом начинает «находить и познавать себя». Развитие нормального здорового нарциссизма зависит от того, каким является это материнское зеркало, способна ли мать адекватно отражать чувства ребенка. В положительном варианте происходит формирование здорового Self'a. Если зеркало ничего не отражает, не реагирует на эмоции ребенка, реагирует в несовпадающем ритме, отражает свои отрицательные эмоции, у ребенка закладываются избегающие дезорганизованные или амбивалентные модели поведения, которые в дальнейшем обнаруживаются в нарциcстических проявлениях.

Holmes объясняет такую последовательность на примере мифа о Нарциссе, считая, что Нарцисс и Эхо воплощают подходы избегания и амбивалентности. Лейриопа-мать Нарцисса, очевидно, испытывала по отношению к сыну амбивалентные чувства, так как была изнасилована его отцом. В свою очередь, Нарцисс в поисках определенной безопасности, подавлял чувства любви и старался быть эмоционально независимым и самодостаточным. В своих представлениях он мог идти дальше, отрицая обстоятельства собственного зачатия и видя себя в фантазиях «самозародившимся». Он очень нравился себе, что укрепляло его чувство безопасности. Испытывая и подавляя негативные чувства по отношению к матери, не доверяя ей, он также пренебрегал и остальными людьми, избегая их.

Нимфа Эхо, согласно мнению Holmes, наоборот, демонстрирует амбивалентную привязанность. Self Эхо существует исключительно как ответ на стимулы извне. Нарциссизм Эхо в метафорическом смысле анти-нарциcстичен. Эхо может лишь надеяться на то, что «прилипая» к кому-то оно периодически обретает себя.

Self нарцисса основывается на стабильном ощущении самодостаточности. Его постоянное избегание приводит к развитию грандиозного Self'a. Эхо находится в перманентной зависимости и демонстрирует негативный нарциссизм.

Holmes подчеркивает, что следование стратегиям избегания и амбивалентности включает необходимость «абсорбции в свой self каких-то функций необходимого другого», или же проекции части собственных черт на объект примыкания, атрибутирования другому своих собственных качеств. Если этого не происходит, и у человека отсутствует когерентная репрезентация другого, наступает дезорганизация. Психологическое выживание обусловлено способностью формировать отношения близкой привязанности для достижения внешнего поддерживающего источника в окружающей реальности и «внутренней безопасной базы» внутри Self'a (Holmes, 2001).

Установление этой базы создает необходимые условия для отношения к другому как к отдельному, независимому существу и установления с ним нормальных Self-объектных отношений.

Автор полагает, что сверхбдительные к чувству опасности («эхоические») нарциссические субъекты фиксированы на своем Self'е и\или теле как на безопасной базе. Они «прилипают» к последней все сильнее и, чем в большей степени это прилипание выражено, тем менее выражено чувство безопасности.

Забывчивые нарциссы под влиянием бессознательного чувства неполноценности и зависти не имеют возможности устанавливать обоюдные отношения. Они выстраивают отношения с другими людьми на основе принуждения и силы. Для них характерна озабоченность тем, как они выглядят в глазах других.

Наедине с собой нарциссические лица испытывают отрицательные чувства по поводу своей фальшивости и того, что их никто не любит. Наличие способности подавления этих чувств и репрессирования их в бессознательное необходимо и важно для сохранения когерентности и предупреждения развития *нарциссической депрессии*.

Нарциссические лица могут достигать успеха в различных областях: искусство, экономика, политика, социальная сфера и др. Ими могут восхищаться и, в то же время, легко разочаровываться при более близком контакте. Находящиеся вне их близкого круга лица редко дают себе отчет в той цене, которую нарциссические субъекты заплатили за свой успех и насколько от реализации их нарциссических желаний пострадали, прежде всего, те, кто тесно связан с ними.

Нарциссический субъект переживает свою грандиозность, как правило, внутри себя. В то же время, грандиозность может быть спроецирована. Нарциссическая проекция грандиозности имеет особенность, которую можно обозначить как «ранжирование». Нарцисс применяет ранжирование во многих жизненных ситуациях: «какая школа наиболее престижна?», «знакомство с какими людьми производит наибольшее впечатление на окружающих?», «какой специалист (в любой области) «лучше» всех?», «какая профессия наиболее элитарна?».

Лица с нарциссической ориентацией ставят во главу угла престижность, не стараясь разобраться реалистично в других сторонах вопроса, от чего, прежде всего, страдают их дети. Детей используют в качестве продолжения своего нарциссического Self'a.

Иногда нарциссические лица прибегают для укрепления своей самооценки к «объединению» себя с каким-то значимым персонажем, чаще недосягаемым «героем», который, как правило, идеализируется. Объединяясь с ним, нарциссичесий субъект идеализирует себя, приписывая себе достижения и достоинства избранного «героя». В тех случаях, когда такой персонаж находится рядом (муж, жена, любовник, любовница и др.), идеализация, как правило, кратковременна. Несоответствие нарциссическому сценарию приводит к девальвации кумира, его «свержению с пьедестала».

Психоаналитики применяют для характеристики процесса, развивающегося по отношению к лицам, которые используются нарциссами для повышения своей самооценки, термин *«нарциссическое расширение»*. Термин ассоциируется с эксплуатацией, поскольку «носители» нарциссического расширения не воспринимаются нарциссами как сепаратные самостоятельно действующие лица.

Образы, символизирующие нарциссическое расширение, часто встречаются в фантазиях и сновидениях. При этом мужчина, например, представляет свою любовницу в виде отсутствующей у него груди, а женщина представляет мужчину в виде принадлежащего ей полового члена. Таким образом проявляется нарциссическое стремление расширить свой Self за пределы границ пола (Bergman,1987; Kernberg,1991).

Перемещение либидо на собственный Self, развитие вторичного нарциссизма, согласно теории Kohut'a, связано с неправильным воспитанием, родительским пренебрежением, насилием над ребенком. Эти отрицательные средовые факторы наносят

ребенку *«нарциsстические раны»,* что приводит к нарушению нормального созревания и формирования адекватной любви к себе. Holmes (2002) считает, что в таких случаях отсутствие внешней положительной оценки приводит к возникновению себялюбия (Self-love), что является, по крайней мере, источником надежды и мотивации.

Исследования Holmes (2002) показывают значение некоторых факторов в развитии вторичного нарциссизма, нарциsстического и пограничного личностных расстройств. К таким факторам автор относит феномен «нежеланного ребенка», который был рожден матерью в условиях внутреннего протеста или тяжелых раздумий. Сюда же относятся трудные роды с угрозой для жизни матери; чувство ответственности за послеродовую депрессию матери; мысли об ответственности за уход из семьи отца.

Holmes считает, что эти факторы влияют на ребенка с момента его рождения, приводя к поломке процесса нормального созревания.

Психиатрическое понимание нарциссизма объединяет приведенные психоаналитические идеи и находит выражение в характеристике нарциsстического личностного расстройства.

Holmes (2002) утилитарно разделяет нарциссизм на **три формы**:

а) «необходимый нарциссизм»;

б) каждодневный, «клинический нарциссизм»;

в) «окопный нарциссизм».

Необходимый нарциссизм проявляется в родительской любви, восторге и гордости своими детьми, которые рассматриваются как продолжение себя. Эта форма нарциссизма создает условия для развития у детей положительной самооценки. Важно, чтобы родители умели сдерживать его проявления, не создавая пропасть между своими представлениями, ожиданиями и реальностью. Опасность возникает в случае установления и закрепления симбиотических отношений с детьми, за которыми не признается права на самостоятельное развитие. Родители должны преодолеть свои нарциsстические подходы и, по сути, пожертвовать ими для блага ребенка.

Лица с нарциsстическим расстройством в отношении к своим детям выходят за пределы необходимого нарциссизма. Это выражается, в частности, в том, что они постоянно говорят о необычных способностях, талантах и достижениях своих детей, что часто вызывает отрицательные реакции у слушателей, которые или начинают раздражаться и завидовать, или испытывают чувство скуки или усталости.

Для клинического нарциссизма характерно стремление в момент общения «стягивать» все внимание на себя, поражать аудиторию своими успехами, прямо или косвенно принижая значимость других. Язык лиц с нарциссизмом отличается использованием большого количества личных местоимений («я», «мое», «меня», «обо мне»). В связи с этим разговор с лицами с нарциsстическим расстройством неинтересен и непродуктивен. Взаимная заинтересованность отсутствует, чувства симпатии к нарциsстическому собеседнику не возникает, «включения» бессознательной коммуникации не происходит.

Разрыв с реальностью наиболее выражен в варианте *окопного нарциссизма,* характеризующегося социальной изолированностью (как защитой от возможного разоблачения) и фиксацией на собственной грандиозности в рамках фантазий различного содержания.

Одним из важных структурных клинических проявлений нарциссизма является *отрицание чувств.* Этот признак Lowen (1985) считает основной характеристикой нарциsстических личностей. Нарциссы бесчувственны к своим собственным чувствам, что объясняет их безжалостность, эксплуативность по отношению к другим людям. В контактах отсутствует эмоциональный резонанс. Если нарцисс не способен чувствовать, например, эмоцию грусти или радости, он не в состоянии почувствовать такие же эмоции у других людей. Отрицание собственных чувств неизбежно приводит к отрицанию чувств других людей.

Психология современного общества, с ее ставкой на победу, достижение цели любым путем, жертвует эмоциями, если последние являются этому помехой. Имидж успеха любой ценой создает статус наибольшего благоприятствования для развития нарциссизма как социального явления.

Нарциссизм расщепляет личность на приемлемые с точки зрения ее/его носителя аспекты и неприемлемые. Неприемлемые аспекты проецируются на других и часто вызывают к последним агрессию. Атакуются по существу при этом части своего Self'a, о которых на сознательном уровне не хочется думать, которые не хочется распознавать. Человек, оказавшийся носителем таких проекций, рассматривается в качестве «врага» и этот имидж заслоняет реального человека с его чувствами, переживаниями, психической и физической болью. Стремление разрушить такой имидж не сопровождается каким-либо сочувствием и сопереживанием .

Длительный словесный контакт с лицами с выраженным нарциссизмом приводит к развитию психического истощения, с чем, очевидно, связаны метафоры о «психических вампирах, высасывающих психическую энергию». Наученные не вызывающим приятных эмоций опытом общения люди стараются избегать контактов с такими лицами.

Abraham (1973) выделял понятие *"негативного нарциссизма».* Для последнего характерна смена полюсов эмоционального отношения к себе: сверхзанятость собой, своим Self'ом остается, но себялюбие заменяется на ненависть к себе (Self-hatred). Психодинамический механизм негативного нарциссизма заключается в том, что «идеальный Self» таких людей настолько удален от «реального Self"a», что всякие попытки стремления к нему заранее оцениваются как обреченные на поражение. Лица с негативным нарциссизмом не в состоянии удовлетвориться чем-то меньшим, чем совершенство. Наблюдающееся у негативных нарциссов стремление к перфекционистическому идеалу, заблокированное в позитивном контексте, сохраняется в контексте негативном. Возникает своего рода перверзное удовлетворение от демонстрации своей «негативности». Причины негативного нарциссизма могут быть связаны с чрезвычайно жестким superego, интернализированным в процессе родительского воспитания (Holmes, 2002).

В структуре нарциссизма, наряду с его сознательной частью, присутствуют бессознательные, в частности, сексуальные переживания. Holmes (2002) считает, что «бессознательные мастурбаторные» фантазии нарцисстических пациентов (противостоящие сознательным фантазиям) являются важными факторами их патологии». У мужчин содержания бессознательных переживаний представлены мыслями, связанными с собственным или чужим половым членом. У женщин может иметь место идеализация всего тела. В случаях обнаружения несовершенства возникают реакции отчаяния. У некоторых нарцисстических женщин преобладают бессознательные фантазии на тему о связи с обладающими властью, очень богатыми мужчинами, что может стимулировать их сознательную активность, направленную на поиск идеала такого мужчины.

Сознательные фантазии на темы грандиозности, как правило, тщательно скрываются из-за страха показаться смешным. Лица с нарциссизмом мечтают о гениальности и в то же время в связи с внутренней неуверенностью, по мнению Mollon (1993), испытывают чувство стыда, которое автор называет *«нарцисстическим аффектом».*

Быть признанным «гением»-кредо нарциссизма, метафорически выражающееся в чувстве «избранности богами» и возможности достижения вершины успеха.

Gubbard (1996) разделяет лиц с нарциссизмом на две категории*: «забывчивых» и «сверхбдительных».* «Забывчивые» не проявляют эмпатии к чувствам других людей, ведут себя по отношению к ним грубо и безжалостно. Их манера поведения эксгибиционистична; выражена грандиозность. Сверхбдительный, сверхнастороженный

вариант характеризуется интровертированностью, стеснительностью, сверхчувствительностью к критике и отказу.

Вышеперечисленные особенности представлены в DSM-IV в признаках нарциcстического личностного расстройства. Bateman (1998) приходит к заключению, что эти два варианта нарциcстических личностей не исключают друг друга, так как, с одной стороны, у забывчивого типа за фасадом бесшабашности скрывается отчаяние и внутренняя пустота, а, с другой - анализ показывает, что гипербдительный человек является менее хрупким, чем это кажется на первый взгляд.

Нарциcстические лица *максималистичны.* Kernberg (1975) обнаруживает у них наличие полярности (оппозиционных ego-состояний): грандиозности (все хорошо) и чувства истощенности, угасания (все плохо). Нарциcстические субъекты способны организовывать свои внутренние переживания в рамах таких полярностей без каких-либо переходов.

Goldberg (1990) утверждает, что нарциссы на каком-то уровне осознают свою психологическую хрупкость. Клинически это выражается не только в страхе «потери лица», потери самооценки, но и в страхе психологического расщепления. На глубинном уровне такой страх формируется как страх почувствовать себя никем, потерять свою идентичность. Страх распада внутреннего Self'а часто трансформируется в фиксацию внимания на физическом состоянии, соматических проблемах, в результате чего появляются ипохондрические идеи о наличии неизлечимых заболеваний.

Нарциcстические субъекты избегают всего, что приближает их к осознанию существующей в реальности зависимости от других людей.

McWilliams, Lependorf (1990) подчеркивают, что нарциcстические личности не проявляют чувства благодарности, им несвойственно раскаяние, они не признают своих ошибок и просчетов, им очень трудно выразить свою нуждаемость в чем-то. Проявление зависимости или признание вины воспринимаются как что-то постыдное. McWilliams (1994) считает, что *чувство стыда* и страх быть пристыженным «пронизывают» нарциcстическую личность. Автор обращает внимание на ошибочность приписывания нарциcстическим лицам чувства вины, характерную для ранних психоаналитических работ по нарциссизму. Вина подразумевает убежденность в своем проступке или грехе и «легко концептуализируется в терминах внутреннего критикующего родителя или superego. Стыд-чувство *быть воспринятым окружающими в качестве плохого* или неправого. Аудитория здесь присутствует вне Self'а. Вина содержит в себе чувство потенциала совершения зла, в то время как стыд ассоциируется с беспомощностью, безобразием и бессилием.

Lowen (1985) считает, что для нарциcстических лиц характерны «действия без чувств». Этот признак автор называет базисным нарушением. Таким пациентам свойственны высказывания типа: «Ну что вы от меня хотите? Да, у меня нет эмоций! А что вы имеете в виду, говоря о чувствах? Я программирую свое поведение. У меня все логически правильно, а что такое чувства я не знаю».

По мнению автора, лица с нарциcстическим расстройством не испытывают чувств ревности, горя, потери, если значимый для них человек покидает их. Отличие этого состояния от синдрома потери чувств и бедности эмоционального участия заключается в том, что в последнем случае пациенты переживают потерю чувств, а у нарциcстическиех личностей такие переживания отсутствуют. У них присутствует реакция мощной психологической защиты, препятствующей осознанию возникающих эмоций. Поэтому, если возникает какое-либо чувство, они в основном бессознательно подавляют его, чтобы «…эта дамба преграды не была продырявлена» (Lowen). Неэмоциональность этих людей приводит к особой форме их отношений с реальностью. Анализ показывает наличие диссоциации между ego и бессознательным с выраженным отрицанием чувств (Rubin, 1981).

Rubin отмечает, что нарциsстическая личность живет в своем собственном мире и считает этот мир центром мироздания. Эту личность беспокоит одна «глобальная» проблема, которая касается продуцирования собственного имиджа. Часть активности любого человека направлена на создание своего образа, который может быть очень разным и зависит от многих факторов. Деятельность же по формированию собственного образа у лиц с нарциссическими особенностями требует значительно большей энергии. Вкладываются огромные усилия в продуцирование образа, который, к сожалению, отличается значительной ригидностью. Нарциссические лица вживаются в него и проводят в таком «обличье» большую часть жизни.

По мнению Kernberg'a (1975), эти лица не могут отличить созданный ими образ от своего истинного «Я». Настоящий, реальный, истинный образ себя оказывается навсегда потерянным. В результате они могут рассматривать даже свое тело как продукт сознания, подчиняющийся их воле. Придумываются различные истории, персонажем которых является собственная «телесность».

Нарциссическое поведение в длительной перспективе чревато серьезными последствиями, связанными, например, с игнорированием признаков соматических болезней.

Нарциссические личности считают, что их представление о себе соответствует реальности, хотя, в действительности, оно носит отвлеченный и даже несколько «виртуальный» характер. Они полагают, что их тело действует согласно их представлениям, в котором нет места чувствам.

Нарциссические личности отличаются слабо представленным superego, не страдают от его ригидности и жесткости. Им мало свойственны страдания, угрызения совести и самоограничения. Они не считают нужным ограничивать свои желания в контактах с другими. Самым главным для них является избранный ими стиль жизни.

В противоположность носителям гистрионического расстройства, не предрасположенных к возникновению депрессивных и тревожных состояний, у лиц с нарциссическими особенностями после неудач и поражений, представляющих угрозу созданному имиджу грандиозности, развиваются депрессии.

Нарциссические депрессии по своей клинической картине напоминают экзистенциальные, но, в отличие от последних, кратковременны. Они длятся обычно несколько дней. На выходе из депрессий может наблюдаться даже слегка приподнятое настроение (ютимия), что, очевидно, происходит по механизму «маниакальной защиты» (M.Klein). Во время депрессии присутствуют сниженное настроение с оттенком мрачности; мысли о бессмысленности жизни, роковом недоразумении, в результате которого «пришлось родиться в неподходящем месте и в не подходящее время». Пациенты/пациентки стараются отгородиться от окружающего мира, запираются у себя дома, выключают телефон; иногда прибегают к употреблению алкоголя и\ или транквилизаторов.

Эссенциальной чертой нарциссического личностного расстройства является имидж грандиозности. Грандиозность проявляется в разных сферах. Окружающие и знающие их люди могут признавать грандиозность как нечто реальное, т.к. нарциссические лица не просто придумывают образ, но делают все возможное для того, чтобы ему соответствовать. Их отличает активность, направленная на создание и поддержание этого образа не на словах, а на деле.

Они не проявляют достаточного внимания к людям, т.к. окружающие не представляют для них особого интереса. Им безразличны их чувства, образ мышления, переживания, страдания и пр. Другие воспринимаются посредством соотнесения их только с собственным имиджем. Если другой человек относится к носителю расстройства хорошо, поддерживает его имидж грандиозности, он представляет интерес для

нарциссической личности. В противном случае, он вычеркивается из списка лиц, достойных внимания, и о его существовании просто забывают. По мнению нарциссической личности, с ним не о чем говорить и не за чем поддерживать отношения.

Критическое отношение партнера по коммуникации может разрушить созданный с таким трудом имидж «нарцисса», критикующий становится опасным. В отношении к нему используется стратегия нейтрализации, включающая разрыв отношений, попытки дискредитировать оппонента в глазах окружающих, но, прежде всего, в своих собственных глазах и вытеснение его как значимой фигуры из своего сознания.

Стратегия, направленная на сохранение грандиозного имиджа определяет стиль жизни нарциссической личности, который можно заранее прогнозировать в связи со стереотипностью поведения.

Таким образом, ригидность и дезадаптивность личностных черт таких лиц проявляется в отсутствии чувств по отношению к партнерам по межличностным контактам и вкладывание значительных сил в создание имиджа грандиозности.

Одним из известных в психиатрии синдромов является депрессия бедности участия. Признаком этого синдрома является чувство отсутствия чувств, которое тяжело переносится пациентами, вызывая их страдания. Бедность участия без депрессии характерна для лиц с нарциссическими расстройствами.

Следует отметить, что Lowen, фиксирующий внимание на отрицании у нарциссической личности чувств, допускает неточность, которая заключается в том, что это отрицание не касается чувств, вложенных в создание имиджа. Носитель этого расстройства принимает для себя решение не только создать имидж и жить в его ареоле, как в Роли, но и соответствовать этому образу. В случае возникающего в результате этих действий несоответствия у нарциссической личности возникает сильное эмоциональное переживание, что не сделано, упущено что-то очень важное.

В выражении лица, глаз, в мимике человека с нарциссическим расстройством улавливается ригидность. Улыбка носит стереотипный неменяющийся характер, что особенно четко проявляется при фотографировании лица.

Отчетливой особенностью фотографий нарциссов является наличие в них определенного отпечатка, напоминающего рудимент кататонии. Выражение глаз нарциссических личностей описать трудно, но лица, вступающие с ними в контакт, обращают внимание на невозможность двустороннего зрительного контакта.

Бессознательная коммуникация с нарциссическими личнотсями затруднена. Это связано, прежде всего, с отсутствием у них эмпатии (отсутствие эмпатии выделяется в DSM-IV в качестве одного из диагностических признаков нарциссического расстройства); а также с выраженным ego и id сопротивлением. Последнее находит выражение в компульсивной повторяемости паттернов речевой продукции во время контакта со специалистом.

Согласно нашим наблюдениям, признак «отсутствия эмпатии» при нарциссическом личностном расстройстве недостаточно точен. Скорее, имеет место отчетливая избирательность эмпатии: ее отсутствие к переживаниям других людей и обостренность, если эти переживания затрагивают имидж грандиозности самого нарциссического пациента. Эмпатия соотносится с *гиперсенситивностью и настороженностью* по отношению ко всему, что может разрушить созданный имидж грандиозности. Нарциссическую личность можно сравнить со сверхчувствительным прибором, настроенным на улавливание нюансов критического отношения к себе.

В некоторых случаях лица с нарциссическими проявлениями могут проявлять патологическую эмпатию. Если в отношениях с людьми они заранее ждут от них какого-то подвоха или оказываются в ситуации, которую считают для себя опасной, они могут придавать особое значение взглядам, высказываниям, интонациям, гиперболизируя их

значение, или даже относя их на свой счет, хотя происходящее может не иметь к ним непосредственного отношения. Такое реагирование носит кратковременный характер, ограничено конкретной ситуацией, не имеет тенденции к расширению и поэтому не может быть отнесено к характеристике параноидного расстройства. Если вызывающий настороженность партнер по общению вдруг начинает положительно отзываться о нарциsстической личности, гиперсенситивность по отношению к нему исчезает.

Анализ нарциссизма позволил Lowen выделить несколько его **типов.**

1.«Нормальный» нарциссизм, относящийся только к мужчинам, имеющим фаллический нарциsстический характер.

2.Нарциsстический характер.

3.Нарциссизм, с явлениями, присущими пограничному, антисоциальному и параноидному расстройствам.

Чем более нарциsстичен человек, тем менее он\она идентифицируется со своими чувствами и в большей степени со своим грандиозным имиджем, противоположным Я. В случае прямой атаки на имидж грандиозности у нарциsстической личности проявляются подавленные, находящиеся в бессознательном и отрицаемые чувства, которые «вырываются» в брутальной форме.

Наиболее типичной эмоцией является эмоция нарциsстической ярости, которая возникает в ответ на столкновение с реальностью, угрожающей разрушению нарциsстического имиджа грандиозности. Нарциsстическая ярость может проявляться в приступах агрессии, направленной на себя, других, попадающиеся под руку предметы. Обычно объекты агрессии носят заменительный характер и отражают психологическую защиту смещения: поведение находится в границах, обеспечивающих безопасность нарциsстического пациента, агрессия не проявляется в отношении лиц, вызывающих эту реакцию, если это опасно в физическом или социальном плане.

Попытка блокировать, не проявить нарциsстическую ярость приводит к изменению дыхания, артериального давления, сосудистым реакциям. Возможно возникновение архетипного, катастрофического чувства стыда с ощущением того, что случилось нечто непоправимое, связанное с «потерей собственного лица» и крайней степенью унижения. Это тяжелое, но сравнительно кратковременное чувство. Реакция ярости на критику служит важным диагностическим признаком нарциsстического расстройства.

Следующим признаком является стремление к *безжалостной эксплуатации других* людей для достижения своих целей.

Целью нарциsстической личности является достижение Успеха и стремление к Славе. У каждого существует свое представление о способах реализации этих стремлений.

Носители нарциsстического расстройства выбирают для себя такое поле деятельности, которое содержит в себе большую потенциальную возможность успеха. Они не стремятся к рутинной, однообразной форме деятельности и, как правило, выбирают для себя творческие профессии. Если жизненные обстоятельства вынуждают их заниматься видом деятельности, не предполагающим наличия этих возможностей, они относятся к этой работе негативно, не проявляют к ней никакого интереса и стараются затрачивать на ее выполнение как можно меньше времени.

По отношению к работе, не имеющей отношения к личностным достижениям, нарциsстические лица фактически ведут себя как антисоциальные личности. При проверке обнаруживаются ошибки, недостатки и недоделки, сделанные не со злым умыслом, а просто потому, что нарциsстической личности не хочется тратить на это время, которое она предпочитает вкладывать в реализацию целей, касающихся сферы ее личных интересов. Деятельность, ведущая к славе и успеху, полностью вбирает в себя всю энергию этих людей. На пути к достижению поставленных целей они становятся безжалостными и к себе и к окружающим, лишают себя многих удовольствий и отказываются от всего, что мешает решению задач.

В сексуальных отношениях эти лица в основном холодны. Их страстные увлечения кратковременны и оставляют после себя чувство вины. Они считают, что секс отвлекает их от главной цели, отнимая неоправданное количество времени и энергии, поэтому финал сексуальных отношений сопровождается появлением неприятного осадка, связанного с мыслями о том, что сделано что-то не то, что нужно, что время и физические силы затрачены впустую и это непростительно. В этот момент актуализируется superego в виде осуждения себя за недостаточный вклад на пути к славе и успеху.

По отношению к окружающим нарциссическая личность выступает в роли разводящего, распределяя их по ролям согласно заранее подготовленному сценарию о максимально эффективном их использовании. «Другие» облегчают носителю нарциссического расстройства доступ к жизненным ресурсам посредством выполнения таких функций, как полное освобождение от различного рода обязанностей, необходимых для выживания: домашней работы, хозяйственной деятельности, необходимости зарабатывания денег и др.

К лицам, представляющим интерес, относятся и те, кто может способствовать профессиональному успеху. В их число входят люди, которые облегчают или обеспечивают установление контактов, создают профессионально благоприятную обстановку; а также кто относится к команде приветствующих, «хлопающих в ладоши», обеспечивающих эмоциональную поддержку, произносящих комплименты, восторгающихся, т.е. все те, кто входит в «группу поддержки».

Среди членов последней группы особое место занимает узкий круг наиболее близких родственников, друзей и подруг, с которыми можно поделиться своими достижениями. «Одобряющая» аудитория, как правило, состоит из людей других профессий, глубоко не вникающих в суть творческого процесса и не имеющих о нем достаточного представления. Разбирающиеся в происходящем профессионалы представляют потенциальную угрозу, в связи с возможными с их стороны компетентными критическими замечаниями. Из-за наличия такой опасности они не входят в круг особо приближенных лиц. Если партнер по общению начинает играть другую роль, отношения с ним быстро прекращаются. Сожалений по поводу случившегося разрыва нарциссическая личность не испытывает.

Диагностическим признаком является постоянное *преувеличение своих достижений, способностей и талантов.* Внешние проявления при этом достаточно адекватны. Основной процесс происходит внутри психической реальности нарциссической личности, для которой гораздо важнее сформировать, сохранять и развивать ощущение собственной значимости. Высокое самомнение подкрепляется фантазиями.

Так, например, одна из пациенток с нарциссическим расстройством рассказывала, что, идя по улице, она легко забывается, не замечает никого вокруг себя и с легкостью может толкнуть прохожего, т.к. в этот момент ее воображение рождает многочисленные образы. Ей кажется, что окружающие приветствуют ее. Если она едет на машине, то все расступаются, давая ей дорогу и уделяя ей всевозможные знаки внимания.

Другой пациент вспоминал о воображаемых им картинах, на которых, согласно Библейским сюжетам, Красное море расступается и он проходит сквозь него.

Такого рода фантазии занимают в когнитивном пространстве нарциссических личностей большое место, несмотря на то, что их вербализации не происходит. В связи с высокой самооценкой сознание таких людей переполнено ожиданиями, согласно которым окружающие должны оценивать их как особых личностей со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Особенностью нарциссических личностей является своеобразное *отношение к профессии, целям и проблемам.* Они считают, что, то, чем они занимаются, является самым важным делом в мире. Все остальное не должно представлять никакого интереса. Такой вывод делается на основании утверждения «это так, потому что по-другому просто

и быть не может». Правомерность авторитарного суждения не анализируется и не дискутируется.

На интеллектуальном уровне нарциsсические личности могут осознавать неправильность такой точки зрения, но в целях самозащиты им выгоднее и удобнее придерживаться ее. Так возникает и консолидизируется чувство принадлежности к определенной «касте» избранных людей. Настоящее взаимопонимание возможно только между ее членами. Браки нарциссических личностей с представителями одной и той же с ними профессии, как правило, кратковременны в связи с прогрессирующей завистью к успехам брачного партнера\партнерши.

Нарциссические лица лишены способности по-настоящему радоваться достигнутому успеху, т.к. любой успех блекнет в сравнении с их фантазиями и омрачается мыслями о том, что кто-то их опередит и добьется большего признания.

Воображение таких людей в основном проецируется на будущее. Они живут будущими успехами, не ощущая в полной мере настоящего. В связи с недостаточной эмпатией, они не понимают эмоциональных реакций других людей. Ограниченность эмоциональных реакций лишает их полноты ощущений. То, что окружающие могут относиться к ним положительно или отрицательно вне связи с результатами их работы, оказывается недоступным пониманию.

Будучи людьми творческими, нарциссические личности могут осознавать свою неспособность понимать людей. Так, например, страдающий нарциссическим расстройством писатель, приносит рукопись на рецензию и задает рецензенту вопрос о том, а могут ли, с его точки зрения, герои произведения вести себя так, как он их описал? Понимание того, что теоретически, с точки зрения формальной логики, это возможно, у них присутствует, но возможность такого поведения в реальности вызывает сомнения.

Лиц с нарциссическими особенностями характеризует своеобразное *отношение к своему прошлому,* которое активно вытесняется из сознания. Они не хотят думать о прошлом и вспоминать какие-то события и ситуации. В бессознательное репрессируются отношения с людьми, с которыми они общались, места, в которых они жили и пр. Попытка натолкнуть их на путь воспоминаний вызывает раздражение.

Анализ происходящего свидетельствует о сложности этого процесса. С их точки зрения, обращение к прошлому нецелесообразно т.к., во-первых, отвлекает внимание от «процесса духовного роста, творчества, достижения цели и т.д.», а, во-вторых, - прошлое не интересно, т.к. в нем уже ничего нельзя изменить, кроме того, взгляд «назад» скучен и равносилен повторному перечитыванию одной и той же книги.

Этой особенностью нарциссических личностей объясняется сложность проведения с ними психоаналитической работы. Их отношение к психоанализу носит настороженный характер. В прошлом были совершены различные ошибки, воспоминания о которых крайне неприятны. Критическое отношение к прошлому формально и сводится к декларациям о том, что все, что случилось, потеряло актуальность и не повторится, т.к. они уже стали значительно более совершенными.

Несмотря на то, что нарциссические личности нуждаются в «группе поддержки» как в дополнительном «источнике питания», главным генератором их энергии остается высокая самооценка и поведение, направленное на достижение поставленной цели.

Негативной стороной эмоциональной поддержки со стороны лиц, которых они к себе приближают, является иллюзорность этой «зоны безопасности», т.к на коммуникативных орбитах вокруг лиц с нарциссическими особенностями «вращаются» обычно опытные манипуляторы - те, кто, искусственно изображая поддержку и согласие, на самом деле глубоко не вникают в происходящее и делают это с целью сохранения отношений для удовлетворения собственных потребностей. В круг этих лиц входят люди, которые считают для себя престижным состоять в отношениях именно с этим человеком, т.к. это льстит их самолюбию. Одной из их целей бывает знакомство с кикими-то

людьми\человеком, входящими в куруг общения нарциссттической личнотси, с которой они связаны.

Судьба таких манипуляторов часто плачевна, т.к., вкладываясь в эти отношения, взамен они ничего не получают. В случае возникновения у них какой-либо проблемы они обращаются к нарциссттической личности за советом и помощью, а в результате получают лишь безразличие, непонимание, отторжение и нежелание помочь. Просителей поражает черствость и отсутствие у нарциссттической личности желания хотя бы выслушать их до конца.

Супружеские отношения могут протекать в двух вариантах. В первом партнер по браку используется манипулятивно как инструмент для реализации поставленной цели. Интересно, что в некоторых случаях он метафорически даже может восприниматься как часть своего тела, как «инструмент» для выполнения той или иной необходимой функции, без права на самостоятельную жизнь.

Во втором - брачный партнер является человеком, занимающим очень высокое положение в какой-то другой области и не вмешивающимся в профессиональную и творческую активность нарциссттической личности. Как правило, это работоголик, занятый своими делами, и облегчающий супругу\супруге доступ ко всем необходимым ресурсам жизнеобеспечения.

Лица из ближайшего окружения иногда рассматриваются нарциссттической личностью как продолжение собственного Я. При этом возникает ощущение большого «Я», которое состоит из «Я» нескольких людей. В картину дополнительных «Я» прекрасно вписываются те, кто уже умер, т.к. на них можно проецировать все, что угодно, ибо контакт с умершими, который мог бы «разоблачить» истинное лицо нарциссттической личности, невозможен. Этим объясняется их стремление демонстрировать фотографии из семейных альбомов, подчеркивая при этом важную социальную роль, которую умершие родственники играли в обществе. Зачастую коммуникативный контакт не ограничивается показом фотографий, в ход идет создание легенд и мифов, подчеркивающих значимость умерших. Многое из того, что рассказывается, разумеется, далеко от реальности, но предоставление этой информации необходимо «нарциссу» для усиления своей значимости и конструирования собственного имиджа. В процессе нарратива они настолько вживаются в содержание своих рассказов, что начинают верить в истинность придуманных историй.

В воспитании своих детей нарциссттические личности часто используют стратегию «кумира семьи», согласно которой *дети рассматриваются как символ престижа*, как часть собственного Я. Их делают носителями определенных ролей, выполняющих заданные им функции быть лидерами, занимать только первое место во всем том, чем они занимаются, не отвлекаясь на игры, развлечения и др. Если дети начинают заниматься тем, что просто им нравится, нарциссттические родители одобряют их только при условии, что их занятия позволяют занять передовые позиции и повышают престиж. Активности без конкуренции и рекордов, имеющие целью только получение удовольствия, например, спорт или музыка, запрещаются или не поощряются.

Присущее нарциссттическим личностям чувство *хронической зависти* лишает их возможности спокойно жить. Сравнение с теми, кто добился в жизни чего-то большего, чем они, делает их существование мучительным. Справляться с переживаниями помогают репрессия и хорошо отработанные психологические защиты, позволяющие подавлять мысли об успехе окружающих, минимизировать его значение. Группа поддержки, улавливая предмет страдания нарциссттических личностей, всячески принижает значение успеха объекта зависти, используя специально подобранные объяснения. В ход идут ссылки на то, что достижения других случайны, связаны с протекцией, царящей вокруг несправедливостью, некомпетентностью тех, кто оценивает результат их труда и т.д. В какой-то степени эти объяснения действуют успокаивающе, но чувство зависти остается в бессознательном и постоянно влияет на психическое состояние.

Несомненную помощь в диагностике нарцисстического расстройства оказывает знание **диагностических критериев**, содержащихся в DSM- IV:

1.Реакция на критику чувствами ярости, стыда или унижения (даже если эти чувства внешне не выражаются).

2.Эсплуататаивность в межличностных отношениях с использованием других для достижения своих целей.

3Грандиозное чувство самозначимости, основанное на преувеличении своих достижений и способностей и стремлении быть замеченным и «награжденным» за качества «особого» человека без достаточных на то оснований.

4.Убежденность в том, что его\ее проблемы уникальны и могут быть поняты только «особыми» людьми.

5.Сверхзанятость фантазиями неограниченного успеха, силы, красоты или идеальной любви.

6.Чувство избранности, нерациональные ожидания особенно благоприятного отношения к себе.

7.Потребность в постоянном внимании и восхищении.

8.Отсутствие эмпатии, проявляющееся в неспособности распознать и пережить чувства других людей, например, удивление и раздражение в случае отмены встречи другом\подругой даже по причине серьезного заболевания.

9.Сверхзанятость чувством зависти.

В диагностике нарцисстического расстройства используется **шкала нарцисстических черт** (Plakun,1990):

1.Он\она могут испытывать чрезвычайную злость, если другие критикуют их действия.

2.Он\она выходят из себя в случае незначительных недоразумений и замечаний, которые при рациональном к ним отношении не должны вызывать отрицательных чувств.

3.В случае набора сотрудников он\она обращают внимание, прежде всего, на способность этих людей выполнять намеченные только ими цели, исключающие оправдание и преследование собственных интересов.

4.Стремление общаться с людьми, обладающими исключительной привлекательностью, талантом или успехом.

Появление этого пункта связано с исследованиями Plakun (1990), показавшими наличие у нарцисстической личности стремления общаться с суперавторитетным человеком с целью «присоединения» его self'a к своему.

5.Ощущение того, что другие люди не отдают себе отчета в его\ее настоящих способностях.

6. Утверждение, что он\она получают поддержку от других в связи с наличием у них исключительных навыков и уникальных способов понимания ряда вещей.

7.Трудности в нахождении людей, достойных их доверия, т.к. эти люди недостаточно умны для того, чтобы оценить их уникальные качества.

8. Трудности в нахождении людей, способных понять их проблемы, поскольку эти проблемы чрезвычайно сложны и уникальны.

9.Наличие фантазий, связанных с достижением признания.

10.Ожидание совершенных любовных отношений, несмотря на наличие факта отсутствия таких отношений у лиц, входящих в круг их близкого окружения.

11.Сильное раздражение, возникающее как следствие необоснованных, с их точки зрения, действий мелких бюрократов, предъявляющих различные несущественные требования, например, нарушение правил парковки, штраф за задержку книг в библиотеке и пр.

12.Позволительность нарушения общепринятых правил в общественных местах, включая требования немедленного обслуживания в ресторанах, нежелания стоять в общей очереди в кассу и пр., т.к. свое личное время они считают наиболее ценным.

13.Фиксация на вызывающем внимание стиле одежды и стремление получать комплименты в связи с этим.

14. Нетерпение к людям, которые говорят о своих проблемах.

15.Раздражение по поводу способности других находить объективные причины для объяснения нарушенных соглашений и невыполнения обязанностей, включая болезнь.

16.Отрицательное эмоциональное состояние, вызванное большими, чем у них успехами окружающих на различных этапах обучения.

17.Отчетливая зависть к более привлекательным или более успешным в жизни людям.

Большое значение в развитии нарциссического расстройства имеет *ранний детский период.* В качестве одного из механизмов возникновения этого вида нарушения рассматривается процесс *соблазнения***,** который закладывает основу, позволяющую ребенку чувствовать себя «особым и уникальным». В дисфункциональной семье ребенок уже в детстве ощущает недостаток эмоционального отношения к себе, нежелание взрослых проводить с ним время, он чувствует «отбрасывание» и унижение. Нарциссическая личность формируется в случае совмещения унижения и соблазнения ребенка. Соблазнение происходит от латинского «seducere»-отходить в сторону, положить в другое место. Соблазн заключается в том, что на каком то раннем этапе жизни мать начинает проявлять к ребенку усиленное специфическое внимание. Это особое внимание и является соблазном, который определяется как использование ложного утверждения или обманного обещания с целью заставить другого делать то, что необходимо соблазнителю. Обещание может быть высказано прямо или может подразумеваться и носить скрытый характер. Часто родители используют обещания, которые четко не формулируются. Ребенок стимулируется обещанием особой любви и особого отношения со стороны родителей, а, на самом деле, он не получает ни того, ни другого. Испытывая недостаток любви и привязанности, ребенок начинает переживать их в своих фантазиях.

Процесс соблазнения в отношениях матери с сыном строится на эксплуатации раннего эротизма в Эдипальных переживаниях, а в отношениях матери с дочерью - на чувстве особой близости. Зачастую в этой «игре» используются противопоставления одного из детей другому родителю, брату или сестре. «Эксклюзивный» ребенок воспитывается в атмосфере особой исключительности. В его сознание косвенным образом имплантируется ощущение собственной значимости и «особости».

Между родителем и ребенком создается особая обстановка интимности, характер которой ребенок дофантазирует в соответствии со своим возрастом. Процесс соблазнения происходит чаще всего в возрасте от 3 до 6 лет. Создаваемое искусственно особое отношение накладывается на уже существующую эмоциональную депривацию. И, если в ранний период его детства на него не обращали внимания, то в более поздние периоды развития родители начинают многовариантную игру. Это могут быть слова, которые выделяют его как особого, противопоставления его кому-то другому, возведение ребенка в положение взрослого человека с нагрузкой несвойственными возрасту проблемами. Например, мать, доверяя ребенку интимные подробности своей жизни, делает его

советчиком в этих вопросах. Формирующийся в процессе соблазнения *«комплекс особости»* включает в себя следующие моменты:

1.Ребенок считает, что ему все доступно, он может считать себя взрослым, т.к. ему доверяют как взрослому. Возникает ощущение «всемогущества», не соответствующее действительности.

2. У ребенка возникает «комплекс всезнайки». Ему кажется, что он все знает, во всем разбирается. Значимость отношений родителей друг к другу недооценивает, считая, что всего важнее внимание к нему.

3.У ребенка возникает комплекс того, что им восхищаются и ему поклоняются.

Более глубокий анализ этих атрибутов показывает, что лица с нарциссическими нарушениями в реальной жизни относятся к себе как к маленьким богам. Это отношение поддерживается окружающими, которые видят их такими в течение определенного времени.

Особенность происходящего заключается в том, что этот процесс носит имажинативный характер. А, поскольку, он строится на воображении, то он, естественно, иллюзорен. Так, например, одна из пациенток с нарциссическим расстройством вспоминала: «Я всегда думала, что я особая. Мне говорили, что я могу достичь всего, чего захочу, если буду стараться. И я многого достигла. Правда, у меня есть проблемы личного характера, которыми я недовольна».

Психолог с нарциссическими особенностями так описывал свои ощущения: «Я-особый человек, поэтому все на меня обращают внимание и завидуют мне. Это чувство особости заключается в том, что я, как профессионал, знаю все секреты людей, которые обращаются ко мне за помощью. Я чувствую себя управляющим марионетками, дергающим за веревочки и знающим, что будет дальше».

Отсутствие необходимых эмоциональных переживаний отражается не только на психологическом, но и на соматическом состоянии человека с нарциссическими особенностями. Снижается уровень его телесных ощущений, возникает некоторое отчуждение от собственного тела.

Один из пациентов описывал свое состояние примерно так: «Я иногда удивляюсь, разглядывая себя. Возникает ощущение, что я не имею к своему телу никакого отношения».

Такие состояния сопровождаются возникновением чувства значимости одной лишь психической сферы с отнесением природы соматической сферы к более «низкому» уровню. Поэтому в случае возникающего у девочек подростков отказа от еды важно своевременно диагностировать наличие в их личностном профиле нарциссического компонента. Целью отказа от еды в данном случае является ощущение победы над своим телом. Относя себя к категории лиц с развитой волей, девочки считают свое поведение образцом победы над своими слабостями и испытывают чувство гордости оттого, что они голодают. Они относятся к отказу от еды как спортивному достижению и голодают до кахексии.

В таком поведении усматривается желание подростков продемонстрировать родителям то, что они недооценивают своего ребенка, который, хотя и не может конкурировать с ними, но может заставить таким образом обратить на себя внимание.

Воспитание, которое приводит к развитию нарциссизма, содержит в себе определенную специфику. Лица с нарциссическими нарушениями воспитываются в семьях с характерными *моделями воспитания.*

В одной из таких моделей доминирующая мать воспитывает в ребенке чуство всевластия, особости, больших возможностей, но требует при этом чтобы он вел себя

определенным образом, многое запрещая ему. У ребенка формируют чувство обязанности быть на высоте и не подвести мать. Между ребенком и матерью присутствует тесная взаимосвязь.

Отец, как правило, не принимает должного участия в воспитании и часто является фигурой, которая периодически отсутствует и не вмешивается в семейные дела.

На каком-то этапе, примерно тогда, когда ребенку исполняется 4-5 лет, отец возвращается. Он налаживает тесные отношения с матерью, и ребенок начинает чувствовать себя брошенным матерью, которая предала его, в связи с новыми отношениями с отцом. У ребенка возникает чувство покинутости, поскольку связь с матерью нарушилась. Ощущение психологического комфорта, обусловленное положением принца в семье, исчезает. Появляется дискомфорт, избавлением от которого служит возврат ребенка к детским инфантильным переживаниям и воспоминаниям того времени, когда ему было хорошо. Он фиксируется в воображении на этих переживаниях и не может избавиться от них. Таким образом формируется *психологический механизм развития нарциссизма,* который постепенно переходит в подростковое и во взрослое состояние в мало изменяющемся виде.

Вторая модель воспитания используется родителями из внешне благополучных семей, в которых отсутствуют достаточно последовательные отношения эмоцинальной поддержки ребенка. Родители, чаще всего мать, стараются использовать ребенка как объект демонстрации благополучных семейных отношений. Ребенок выступает как витрина семьи. Его способности показывают в случаях прихода гостей и торжественных событий. Ребенка хорошо одевают, он демонстрирует особые знания и навыки. Например, ему внушают, что он/она должны быть музыкантом и заставляют музицировать в присутствии гостей. Другого ребенка просят проявить артистические способности, продекламировать, сыграть какую-то роль, рисовать и пр. Взрослые поддерживают эту игру и хвалят ребенка. Ситуация импринтируется и переходит в разряд постоянных. Казалось бы, все идет хорошо, но механизм, направленный на поражение, включён. Ребенку «прививается» необходимость постоянного разыгрывания определенной роли, в противном случае он не получит к себе должного отношения. Если ребенок не справляется с ситуацией, или бастует, отказываясь играть в предложенную ему игру, его осуждают, унижают и наказывают прямо или косвенно.

Третья модель, которая ведет к развитию нарциссических нарушений, характеризуется наличием элементов престижного воспитания и эмоционально теплых отношений к ребенку. Ему оказывается эмоциональная поддержка, но основной акцент делается на престиже. Через некоторое время ситуация резко меняется. Появляется какой-то новый фактор, который полностью разрушает прежнюю ситуацию, делает ее совершенно иной. Одной из таких причин может быть потеря семьей престижа. Членов когда-то образцовой семьи, на которых обращали внимание и с которыми хотели поддерживать отношения, теперь стали бояться и избегать. Те, кто раньше приходил в гости, приносил подарки и восхищался им, изменили к нему свое отношение. Ребенок чувствует эту ситуацию и у него возникает сильная психологическая травма. Такая травматизация приводит к реакции гиперкомпенсации. У ребенка формируется нарциссическая защита, с помощью которой он старается преодолеть сложившуюся ситуацию.

Согласно исследованиям Plakun (1990), нарциссические расстройства у женщин, по сравнению с мужчинами, характеризуются большей частотой установления внешне симбиотических отношений с другими людьми. Женщины стремятся к симбиозам, увеличивающим их признанность обществом и с этой целью они включают «Я» партнера в свое собственное «Я». Возникающие при этом отношения носят экстернализированный характер, являясь фасадом, привлекательным для других. Особой глубины в межличностных отношениях с партнером при этом не возникает из-за страха интимности. Каждая из сторон в этих отношениях существует сама по себе.

Одним из факторов, осложняющих психоаналитическую коррекцию нарциссtических пациентов, по мнению Freud'а, является *отсутствие переноса.* Классические психоаналитики оценивают перенос как эмоциональное сердце анализа, поэтому необходимо, чтобы такой перенос происходил. Отсутствие переноса у этой группы пациентов обусловлено их чрезмерной поглощенностью собой. Они отказываются от переноса также потому, что воспринимают его как поражение и необходимость отказа от самозначимости.

Изучая шизофрению, Freud пришел к выводу, что заболевание представляет собой патологический феномен, в котором проявляются нарциссические механизмы, поскольку при этом нарушении либидо полностью оторвано от внешних объектов, например, от людей, от каких-то других ситуаций и направлено внутрь человека, на его ego. По этой причине налаживание каких-либо контактов становится невозможным даже в фантазиях. Точка зрения Freud'а впоследствии вошла в психоаналитическую концепцию шизофрении.

Психотерапия лиц с нарциссическими особенностями требует преодоления нарциссических сопротивлений. Для осуществления поставленной задачи Freud рекомендовал постоянные повторения для того, чтобы многократно конфронтировать пациента с его эгоцентризмом и чувством превосходства. Необходимо постоянно демонстрировать пациенту, что его позиция лишена смысла, и что он напрасно ждет от специалиста какого-то особого отношения к себе, так как его стремление пользоваться привилегиями на самом деле не имеет достаточных оснований.

Можно пытаться разрушать грандиозность пациента путем использования шуток, иронического подхода, попыток формированиия у него юмористического отношение к себе. К сожалению, это не всегда удается. В ответ сам пациент может стать саркастическим, агрессивным и проявить издевательское отношение к аналитику.

Обращенность либидо внутрь, характерная для нарциссических пациентов, приводит к сравнительно частому появлению у них *ипохондрических идей*. Это одна из черт нарциссизма, на которую не обращается внимания в современных классификациях. Лица с нарциссическими особенностями часто думают, что они страдают тяжелой болезнью и начинают фиксироваться на неприятных ощущениях в теле. Они могут подолгу рассматривать себя в зеркале, находя признаки особой бледности, круги под глазами, считая это признаками нездоровья. Вместе с тем, свойственная нарциссическим личностям ипохондричность, связанная с придуманными ими нарушениями, не проявляется по отношению к действительно существующим у них заболеваниям. Если у нарциссического пациента развивается настоящая болезнь, он долго не обращает на неё никакого внимания, игнорируя её признаки. Наряду с этим, у этого же человека выступают черты ипохондричности к воображаемым болезням.

Современный взгляд на терапию нарциссических личностных расстройств изменился. Kohut (1973) обращает внимание на то, что с нарциссическими пациентами следует обращаться не так, как рекомендовали классические психоаналитики. За фасадом грандиозности пациентов необходимо видеть *самодеструктивность*. Эта особенность приводит к легкости возникновения состояний отчаяния. Попытки конфронтации этих пациентов с ситуациями, которые демонстрируют их неадекватность, отсутствие достоинства и т.д., не дают положительных результатов, приводят к отказу от психотерапии или развитию состояний агрессивности, нарциссической ярости с последующей депрессией. Поэтому автор рекомендует значительно более осторожный подход к этим людям, считая, что при психотерапевтическом контакте следует не разрушать основное ядро грандиозности, а стараться каким-то образом использовать то, что предлагает сам пациент. Следует работать над улучшением адаптации, не разрушая структуры личности, а обращая внимание на решение конкретных проблем в отношениях с людьми.

По мнению Kohut, нарциссические пациенты в процессе контакта с психотерапевтом могут идеализировать его. При этом используется механизм, в соответствии с которым пациент выбирает какую-нибудь фигуру и старается слиться с ней, руководствуясь принципом, что он – это мое идеальное Я. Аналитик может стать таким идеальным Я для пациента, поскольку он с ним не конкурирует. Некоторые пациенты видят в психотерапевте зеркало, которому можно все рассказать и получить обратную реакцию в виде отражения своих действий, концепций и пр. Когда зеркальное отражение разрушается, они оказываются в изоляции. Ответом является отрицательная реакция. Иногда пациент видит в психотерапевте какие-то черты, напоминающее ему самого себя. Это двойниковое отношение также может быть использовано в процессе психотерапии.

Проведение психоаналитической терапии с нарциссическими пациентами обычно затруднено. В разговоре с аналитиком они, фактически, слушают самих себя. Интерпретации аналитика не воспринимаются или воспринимаются формально и поверхностно. Создается впечатление, что, приходя на терапию, эти пациенты делают одолжение аналитику. Специалисту следует опасаться контртрансференса с негативным отношением к пациенту.

Нарциссической личности трудно наладить контакт с психотерапевтом из-за страха обнажить свою слабую сторону. Часто возникают ситуации, при которых человек обращается за помощью и сразу же включает нарциссический механизм. У аналитика возникает вполне уместный вопрос о том, зачем человек обратился к нему? Вместо ответа на вопрос включается ролевое поведение. Пациент придумывает причину прихода, далекую от истинной, так как не может позволить себе сказать правду и продемонстрировать слабые стороны своей личности. Правда связана с угрозой разрушения его системы ценностей. Трудно признать, что кто-то превосходит его хоть в чем-то.

Коррекционные подходы к нарциссизму во многом определяются исходными теоретическими предпосылками об этиологии и развитии этого процесса, с учетом основного расхождения между концепциями Kohut'a и Kernberg'a. Как уже указывалось, Kohut рассматривал патологический нарциссизм как следствие развития, имея в виду, что процесс созревания происходит вначале нормально, а затем встречается с затруднениями в удовлетворении нормальной потребности в идеализации (Kohut, 1971, 1984).

Kernberg (1976, 1984) анализирует нарциссизм структурально, считая, что нарушение возникает очень рано, в результате чего у субъекта закрепляются примитивные форы защиты. Процесс отличается от нормы в большей степени качественно, чем количественно.

В целом нарциссическая личность, по Kohut'у, метафорически является «растением», рост которого в критические периоды был задержан недостатком воды и солнечного света. Нарциссическую личность, по Kernberg'у, можно, соответственно, сравнить с растением, которое мутировало в гибрид (Kernberg, 1989).

McWilliams (1994) указывает, что эти различные теории приводят к разным подходам в терапии. Следуя названным метафорам, сторонники Kohut'a акцентуируют внимание на необходимости предоставить «растению» большее количество воды и солнечного света. Приверженцы концепции Kernberg'a предлагают «обрезать» отклоняющиеся от основного ствола латеральные части для того, чтобы «растение» стало нормальным.

Сторонники Kohut'a акцентируют внимание на значении постоянной эмпатической связи аналитика с переживаниями пациентов и благожелательного, искреннего восприятия их идеализации или девальвации.

Последователи Kernberg'a фиксируются на постоянной конфронтации с феноменом грандиозности и систематической интерпретации психологических защитных реакций. Kernberg (1975) в то же время предупреждает об опасности последствий столкновения с

нарциcстическим пациентом, принимая во внимание значение латентного состояния дефамации (принижения, очернения). Поэтому Kernberg подчеркивает важность работы с негативным трансференсом и помощи в развитии у нарциcстической личности адекватной заботы и чувства вины по отношению к тем, кого нарцисс бездумно травмирует.

McWilliams (1994) и ее коллеги, исходя из собственного опыта работы с нарциcстическими пациентами, пришли к заключению, что рекомендации Kohut'a более применимы по отношению к пациентам со значительно выраженными расстройствами погранично-психотической ранжировки. Автор считает, что нарциcстические пациенты, столкнувшись в процессе терапии с отсутствием эмпатии у аналитика, чувствуют себя опустошенными. Единственным способом «залечить» эту рану является необходимость выражения специалистом искреннего сожаления и сочувствия.

Ранние психоаналитики, как и Freud, считали, что нарциcстические пациенты не способны к формированию трансференса, так как вся их либидинозная энергия направлена внутрь, на Self. Этим объяснялась крайняя затруднительность аналитической терапии. Современная теория признает образование трансференса нарциссами, но подчеркивает, что этот трансференс отличается от развиваемого другими пациентами.

Уже в начале терапии аналитик фиксирует отсутствие интереса пациента к интерпретациям трансференса. Вместе с тем, нарциcстические личности проявляют сильные реакции на аналитика. Им свойственна его идеализация или, наоборот, принижение. Своеобразие этих реакций в том, что они не анализируются пациентами и существуют как бы сами по себе. Вопросы аналитика о том, как пациенты относятся к нему и воспринимают его, вызывают реакции раздражения или смущения. Пациентов выводит из себя проявление интереса к ним. Реакции трансференса, как правило, настолько эго-синтонны, что становятся недосягаемыми для исследования. Попытки отделить их реакции от ego не всегда успешны. В любом варианте идеализации или девальвации аналитика нарциcстические пациенты продолжают испытывать убежденность в первичной объективности своих оценок. Все действия аналитика воспринимаются лишь в плане подтверждения исходно положительного или отрицательного отношения к нему.

McWilliams (1994) считает, что контртрансференс на нарциcстический трансференс включает «скуку, раздражение, сонливость, и нечеткое чувство, что в терапии ничего не происходит». Автор описывает типичный комментарий психоаналитика поведения одной из своих нарциcстических пациенток: «она приходит раз в неделю и рассказывает о новостях…критикует мою одежду, игнорирует все мои интервенции, и уходит. Зачем и почему она продолжает свои визиты? Что она от этого получает?»

Задачей аналитика является осторожное подталкивание пациентов к осознанию особенностей структуры их психики и поведения. При этом необходимо тщательно на эмпатическом уровне отслеживать реакции пациентов на интерпретации, предупреждать ситуации, когда возникающее чувство стыда может привести к прекращению лечения или их уходу в себя. Необходимо учитывать, что нарциcстические пациенты не проявляют активности в самораскрытии, ни о чем не просят, считая, что таким образом они показывают свою латентную недостаточность.

Kohut (1971) описывает три варианта трансференса при анализе нарциcстических пациентов: зеркальный, идеализируемый и двойниковый. Для того, чтобы «воспринять» терапию, пациенту необходима определенная «доза» соответствия между его установками, ожиданиями и содержаниями терапии. «Преследующая» тактика аналитика, который на слишком раннем этапе терапии атакует и пытается разрушить фантазии нарциcстического пациента, приводит лишь к увеличению нарциcстической раны (Meates, Hobson, 1977).

Пациентам нужно помогать справляться с проблемой нарцистической ярости, ориентируя их на то, что сама по себе терапия без их активного участия будет недостаточной.

Holmes (2002) приводит несколько основных принципов, которые могут быть использованы при аналитической терапии нарциссизма. К ним, в частности, относятся:

- Терапевт должен акцептировать идеализацию его отношения с пациентом и в то же время не бояться бросать вызов отрицанию пациентом его скрытой дефамации (чувства очернения, принижения).
- Терапевту следует избегать использования своего положения для усиления низкой самооценки пациента.
- Следует избегать ситуаций столкновения взаимного восхищения.
- Поддержка нарциссизма пациента может быть включена в терапевтическую стратегию, особенно в противодействии компульсивному негативному нарциссизму и самоочернению. Терапевт должен найти способ противодействия попыткам пациента принизить себя.
- Терапевт должен обладать способностью установления границ как по отношению к требовательности «тонкокожего», так и ярости «толстокожего» нарцисса.
- Существует пропасть между реальным и идеальным Self'ом. В случаях амбивалентного, «эхоического», негативного, «сверхбдительного» типа эта пропасть слишком велика. Нарцисстический забывчивый, толстокожий тип характеризуется слиянием ego и ego-идеала. Задачей терапевта является сужение пропасти в первом варианте (помощь в нахождении и принятии хороших качеств у себя); и разделение ego и ego-идеала (помощь в восприятии пациентом своих поражений) во втором варианте.

Обсессивно–компульсивное личностное расстройство

Термин обсессивно–компульсивный, согласно DSM–IV, применяется по отношению к двум видам психических нарушений:

1) обсессивно–компульсивное (невротическое расстройство) и
2) обсессивно–компульсивное личностное расстройство.

Обсессивно–компульсивное невротическое расстройство относится к группе тревожных расстройств и характеризуется вторжением в сознание нежелательных ego-дистонных мыслей, чувств; представлений о защитных дествиях с возможной их реализацией.

При обсессивно–компульсивном личностном расстройстве обсессивно–компульсивные черты ego-синтонны, глубоко внедрены в струтктуру личности, не воспринимаются как чуждые ego а как органичный компонент личности.

Имеются разные взгляды на соотношения между обсессивно–компульсивном личностным расстройством и обсессивно–компульсивным невротическим расстройством. В DSM–IV приводятся мнения как о том, что при обсессивно–компульсивном личностном расстройстве имеет место тенденция к формированию обсессивно–компульсивной тревожной симптоматики, так и об отсутствии такой предрасположенности.

Необходимо проведение разграничения между обсессией (навязчивостью) и компульсией. Обсессии представляют устойчивые, нежелательные идеи или импульсы, от которых нельзя освободиться, несмотря на критическое к ним отношение. Компульсии определяются как настойчивые, повторяющиеся, вторгающиеся и нежелательные стремления совершать действия, противоположные обычным желаниям, целью которых является защита от еще более неприемлемых бессознательных желаний или идей.

Компульсивное действие временно облегчает переживание обсессии. Невыполнение компульсивного действия приводит к возникновению тревоги.

Обсессии обычно сочетаются с компульсиями, например, думая о возможности заражения и вымыв с особой тщательностью руки, человек на какое-то время избавляет себя от этого страха. Таким образом, возникает аналогия с вечным двигателем, заключающаяся в том, что обсессии провоцируют возникновение компульсий, компульсии способствуют появлению обсессий и т.д.

Выделяется ранее не рассматриваемый тип компульсивного нарушения со слабой критикой, получивший название «слабый инсайт», при котором носитель обсессивно-компульсивного состояния не достаточно критичен к происходящему. В связи с существующим у ряда людей затруднением в понимании происходящего, возникает возможность ошибочной диагностики нарушения. Специалист, не распознавший у пациента наличие критики к происходящему, начинает думать, например, об эндогенном типе реагирования больного. Более того, большинство пациентов, предъявляющих жалобы на навязчивые идеи и мысли скажут, что эти мысли им чужды, что вовсе не означает наличия у пациента психического автоматизма, так как понятие «чуждый» может иметь разное значение. Пациенты, как правило, в понятие «чуждый» вкладывают смысл, сообразующийся с тем, что эти мысли им не нужны, они им мешают. *Возможны жалобы пациентов на отсутствие у них способности контролировать эти мысли, за исключением случаев инсертированности мыслей, что уже переходит в плоскость психического автоматизма.* В диагностике такого рода нюансов возможность ошибок весьма высока.

Обсессивно–компульсивное нарушение характеризуется как постоянным, так и рекуррентным (периодическим) возникновением навязчивых мыслей и образов, возникающих в сознании.

Неприятной стороной обсессивно–компульсивного расстройства является частота возникновения неприемлемых с различных точек зрения импульсов. Например, мысли матери об убийстве своего ребёнка, или порнографические образы, возникающие у религиозного человека во время богослужения, вызывающие чувство греховности и др.

У многих больных в связи с этим появляется стремление подавить, игнорировать эти мысли, переключиться на что-то другое, или прибегнуть к химическим средствам «нейтрализации». В работе специалиста чрезвычайно важной является *цель, заключающаяся в понимании пациентом того, что эти обсессии есть ни что иное, как продукт его ума и психики, над которыми он потерял контроль.* До какого-то уровня человек с обсессивно–компульсивным расстройством может контролировать ситуацию, но в дальнейшем, по мере прогрессирования состояния и нарастания этих явлений происходит потеря контроля, способная вызвать отчаяние и депрессию.

Компульсия, возникающая как реакция на навязчивость, носит целенаправленный характер, характеризуется повторениями в связи с тем, что является отражением содержания интенционального или мотивированного поведения. В совершении компульсий прослеживаются определённые ритуалы, правила и стереотипы. В каких–то случаях компульсиям свойственен отрыв от реальности, заключающийся в отражении в компульсиях символического мышления. Например, в случае совершения компульсий определённое количество раз, их число имеет для пациента специальное значение. Символическое значение, проявляющееся в навязчивостях и компульсиях, является связующим звеном, позволяющим предположить возможность перехода этого расстройства в другую категорию. Следовательно, существование переходных форм этих нарушений, о которых не упоминается в современных классификациях, в том числе и в DSM–IV, очевидно.

К сожалению, в *современных руководствах мало говорится о втором варианте развития обсессивно–компульсивного расстройства, способного трансформироваться в сверхценные идеи,* при которых человек становится фанатиком навязчивости. Например,

превращение навязчивой боязни загрязнения в разработку человеком своей системы борьбы с загрязнением, касающейся особого отношения к приёму пищи, к межличностному общению и т.д.

До недавнего времени считалось, что обсессивно–компульсивное расстройство является достаточно редким. Современные эпидемиологические исследования, проведённые в США с использованием стандартизованных диагностических критериев DSM, выявили данные о значительной частоте этого расстройства, затрагивающего от 1% до 3 % популяции. Анализ клинических исследований, осуществлённых в других регионах мира, подтверждает социодемографические и клинические данные, касающиеся распространённости этого нарушения, полученные в США. В большинстве стран, использующих классификации DSM и ICD, этот вид расстройства рассматривается как хроническое непсихотическое, психиатрическое нарушение, характеризующееся повторяющимися поведением и мыслями. Нарушение чаще всего начинается в детском или подростковом возрасте и, как правило, диагностируется в более позднем возрастном периоде, когда симптомы нарушения начинают поглощать всё большее количество времени человека. Прогрессирующий уровень поглощения времени начинает мешать течению жизни пациента, приводя в ряде случаев к его полной несостоятельности, делая невозможным осуществление необходимых для него активностей, вторгаясь в его профессиональную деятельность, во взаимоотношения с другими людьми и в способы структурирования времени.

Исследования Karno (1988) показали, что соотношения между мужчинами и женщинами, страдающими этим видом нарушения, приблизительно одинаковы. Внимание исследователей обращается на значительную семейную дезадаптацию, свойственную лицам с обсессивно– компульсивным расстройством.

Расстройство обнаруживается значительно чаще среди безработных и разведённых, живущих изолированно. Средний возраст возникновения симптомов, согласно Karno (1988), составляет 22,7 лет и является приблизительно одинаковым как для мужчин, так и для женщин. Автором обнаружена средняя продолжительность нарушения, составляющая 11, 8 лет. Представляет интерес и наличие приблизительно одинакового сочетания обсессий и компульсий у мужчин и женщин. Такое сочетание не выявлено лишь в 2% случаев.

Marsella (1988) показал, что наряду с биологическими факторами целесообразно учитывать и культуральные, так как в разных этнических группах эти расстройства проявляют себя по-разному, каждая культуральная группа характеризуется разными симптомами и разными стереотипами поведения.

Для обсессивно-компульсивного личностного расстройства характерны перфекционизм (стремление к совершенству) и отсутствие гибкости. Казалось бы, перфекционизм–хороший признак, но здесь перфекционизм выступает в максималистском варианте, препятствующем выполнению заданий. Пациент рассматривает каждое действие как несовершенное, до конца не завершённое и выполненное недостаточно качественно, а следовательно, требующее коррекции. Требования к выполнению заданий, планка, которой требуется достичь, всё время повышается. Это носит навязчивый характер, напоминая ситуации с бесконечным мытьём рук. Таким образом обеспечивается постоянная сверхзанятость обсессивно-компульсивных лиц различными правилами, требованиями, нормами, схемами. Чрезмерная фиксация на деталях способствует потере главной цели деятельности. Характерна и неразумная настойчивость в том, чтобы другие поступали именно так, как поступают и делают они. Иногда, будучи заранее убеждены в том, что окружающие всё равно не смогут сделать что-то хорошо и правильно, они запрещают помогать себе.

Перфекционизм хронофагичен, он приводит к нехватке времени на другие способы организации, как работы, так и досуга с исключением, например, развлечений и межличностных контактов. *Перфекционизм может приводить к развитию ургентной*

аддикции–аддикции к нехватке времени. Наряду с вышеперечисленным, характерна нерешительность, проявляющаяся в избегании принятия решений. *Механизм этого явления, в отличие от механизма, свойственного лицам с зависимым личностным расстройством, связан с возникающими у них сомнениями в правильности принятого решения, в возможности недостаточного учёта обстоятельств*. Они нуждаются не в поддержке, а в получении дополнительной информации, в дополнительном обдумывании, в разностороннем осмыслении предполагаемых вариантов решения. «Увязывание и застревание» на таких нюансах приводит к торможению продуктивной деятельности.

Ригидность и перфекционизм, свойственные людям, страдающим обсессивно-компульсивным личностным расстройством, являются помехой в любом начинании. Лица, у которых диагностировано это нарушение, предъявляют ко всему, что они делают, слишком жесткие требования. Чрезмерное значение придается сверхзанятости мелочами и правилами, последовательности выполнения разного рода активностей, при которых одно должно обязательно следовать за другим, но никак не наоборот. Сверхорганизованность и привычка к порядку во всем, приводит к фиксации не столько на самой цели, сколько на сопутствующих ей мелочах. Постепенно главная цель теряется. Им трудно понять, что мелочи важны, но когда они возводятся в сверхзадачу, это не приводит к ожидаемому результату. Они настаивают на том, чтобы другие подчинялись их порядку, их способу жизни и принципам ведения дел, считая предлагаемую и навязываемую ими схему единственно правильной. С их точки зрения, по-другому делать нельзя, поскольку это изначально плохо, что приводит к стремлению брать на себя не свойственные им обязанности, из-за отсутствия доверия к другим.

Такие лица считают, что уж лучше сделать все самим, т.к. другие все равно не сделают так, как надо. Если это все-таки происходит, они осыпают окружающих упреками, что, естественно, носит нерациональный характер. Для них характерна чрезмерная фиксация на работе и продуктивных активностях. Работа сама по себе становится смыслом жизни до такой степени, что, испытывая отрицательное отношение к развлечениям, они предпочитают не участвовать в них. При этом осуждаются те, кто отдыхает и развлекается. В случае отвлечения от работы, осуждают себя, проявляя крайне негативное к себе отношение.

Жесткое superego осуждает и порицает их за неправильное поведение. Они не позволяют себе погружаться в сферу глубоких межличностных отношений, предпочитая налаживать исключительно поверхностные контакты.

Характерна нерешительность, нежелание принимать решения, стремление откладывать и затягивать процесс.

Обсессивно-компульсивные лица скурпулезны, руководствуются определенными нормами морали и этики, строго придерживаясь их. У них своя система ценностей. Самоосуждение не позволяет этим людям совершать действия, несущие в себе какую-то угрозу их моральному кодексу. Характерна такая черта, как суженное выражение аффекта. Эмоциональная сфера подавлена и не допускает проявления эмоций.

Известно, что любая неиспользуемая психологическая функция репрессируется в бессознательное и не развивается. Такие люди лишают себя возможности «шлифовать» и совершенствовать свои эмоции. Находящиеся в бессознательном психологические функции стремятся прорваться в сознание. Возможные при этом вспышки и импульсивность являются их слабым местом.

Обсессивно-компульсивные личности не интересны в контактах, за исключением чисто профессионального общения. Межличностные отношения носят конфликтный характер, вызванный непониманием, стремлением упрощенно воспринимать людей только в рамках определенной логической схемы. Попытка поместить человека в прокрустово ложе конкретной схемы обычно неадекватна. Отсюда разочарование в нем и стремление осудить, как несоответствующего нормам искусственно созданной ими модели. Лица с этим видом нарушения часто отвергают людей. Им свойственна

некоторая подозрительность, особенно при включении патологической эмпатии. Типична повторямость стереотипных действий, а в случае возникновения каких-либо препятствий, возникает психологический дискомфорт. «Принцип константности» является для них фундаментальным атрибутом сознания, что может быть связано с проявлением id-сопротивления (компульсивная повторяемость).

Неизбежная повторяемость поведения при разных событиях в жизни выражается в том, что даже в случае перемен, все равно все сводится к прежним и устоявшимся паттернам.

Возникающие навязчивости проявляются в виде страхов, которые, с психоаналитической точки зрения, связаны с событиями в детстве. В настоящем они приобретают иное содержание, поскольку какое-то имевшее место в прошлом переживание было репрессировано, затем оно трансформировалось, приобрело иную форму и теперь выступает в виде навязчивого страха с другой тематикой. Анализ проблем этих людей сопряжен с часто возникающими реакциями резистентности (сопротивления), нацеленными на сокрытие внутреннего содержания навязчивости. Раскрытие этого содержания вызывает у пациента чувство облегчения. Навязчивости могут сопровождаться компульсивными действиями, когда возникшее желание что-то сделать настолько сильно, что человек утрачивает способность к сопротивлению.

Обсессивные и компульсивные лица озабочены вопросами контроля и принципами морали. Их особенностью является то, что они на бессознательном и частично на осознаваемом уровне определяют для себя мораль в категории контроля. Это выражается в приравнивании «правильного» поведения к поведению, в котором сексуальные, агрессивные и направленные на получение удовольствия стремления находятся под строгим контролем. Superego этих лиц отражает требования интернализованных родительских фигур, проявляющиеся в форме необходимости следовать идеальным моделям не только в поведении, но даже в содержании мышления.

Обсессивные и компульсивные субъекты испытывают большие затруднения при необходимости сделать выбор между различными возможностями. В процессе раздумывания они представляют все более зловещие последствия того выбора, на котором они начинают останавливаться. Такая ситуация часто приводит к «параличу воли», препятствующему принятию какого-либо решения. У ранних аналитиков этот феномен получил название «мания сомнения» (Mc Williams, 1994).

Они стараются сохранять в воображении все альтернативные возможности выбора, чтобы иметь возможность продолжать фантазировать в различных направлениях, и, по сути дела, приходят к отсутствию выбора вообще. Фантазирование на тему выбора у лиц с обсессивной личностной структурой позволяет им «оттянуть» время и успокаивать себя мыслью о том, что они не пассивны, а активно «решают проблему». Речь, таким образом, идет о наличии отчетливого элемента психологической защиты, направленной на сохранение собственной самооценки. В идеале они представляют себе такой выбор, который был бы совершенным и не сопровождался каким-либо чувством вины.

Обсессивные лица нередко обращаются к психотерапевту с прямой или косвенной просьбой подсказать им правильный ответ в решении различных вопросов, связанных, например, с выбором партнера/партнерши, решением какой- либо семейной проблемы, переездом, работой, выбором профессии и др. При обсуждении таких вопросов аналитик не должен принимать решение за пациента и, тем более, брать на себя бремя ответственности за возможные последствия.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на то, что обсессивные и компульсивные лица в диагностических рамках (DSM-IV, ICD-10) объединяются в одну диагностическую категорию, между обсессивными и компульсивными клиентами имеются существенные различия. Так, например, лица с компульсивной организацией, по сравнению с обсессивными, по-другому подходят к принятию решений. Они осуществляют выбор импульсивно, не анализируя альтернативные варианты. Им несвойственно откладывание

на потом и мучительные размышления. Компульсивные лица могут совершать импульсивные поступки, которые не всегда деструктивны. Так, например, водитель машины, рискуя своей безопасностью, резко тормозит, чтобы не сбить оказавшееся на дороге животное, что связано с «автоматической обязанностью» сохранять жизнь (Mc Williams, 1994).

Обсессивные лица поддерживают свою самооценку фантазированием и мышлением, компульсивные – «деланием». Для компульсивных лиц работа является основным источником самооценки, потеря работы оказывается тяжелой психической травмой и часто приводит к развитию депрессии.

Как обсессивные, так и компульсивные лица сверхкритичны к себе, склонны обвинять себя в жадности, тщеславии, похотливости, зависти, лености, черствости и т.д. Они способны осуждать себя не только за действия, но и за мысли, и за содержания образов воображения, относя многие из возникающих у них чувств к категории предосудительных и заслуживающих порицания.

Обсессивно-компульсивные лица концентрируются на деталях, не воспринимая целого, как говорят, «не видят за деревьями леса». Они слышат слова, но не слышат музыку, избегают ощущения «целостности эмоционально нагруженной ситуации» (Shapiro, 1965).

Проведение психотерапевтической работы с такими пациентами может быть затруднено, в связи с их обстоятельностью и застреванием на мелочах.

Очень важно учитывать и правильно интерпретировать их ранимость в отношении стыда. Mc Williams (1994) обращает внимание специалистов на необходимость избегания давать советы, торопить с принятием решений, критиковать за бездеятельность, изоляцию и не выступать в роли требующего, контролирующего родителя. В то же время автор подчеркивает важность установления эмпатического контакта, отсутствия формальности, проявлений незаинтересованности терапевта, и делает акцент на сочетании эмоционально содержательного молчания и адекватных интерпретаций.

Личностное расстройство избегания

Личностное расстройство избегания (ЛРИ) включает подавление социальной активности и сверхчувствительность к отрицательным оценкам, которые проявляются на фоне чувства собственной неадекватности.. Лица с ЛРИ избегают различных видов деятельности, в связи со страхом быть раскритикованными, высмеянными и отброшенными.. Редуцирование социальной активности чрезвычайно обедняет жизнь, является серьезной помехой в обучении, приобретении профессиональных навыков, в жизненой карьере в целом. Характерно отчетливое снижение порога чувствительности к критическим замечаниям, неодобрению. Даже слабые воздействия этого спектра активностей оказываются психотравмирующими. Низкая самооценка лиц с ЛРИ имеет тенденцию к прогрессированию при встрече с объективно неблагоприятными ситуациями. Они считают себя внешне и внутренне непривлекательными. При решении жизненных проблем заранее настроены на поражение. Межличностные контакты затруднены, что в особенности относится к установлению отношений с новыми людьми.

Для лиц с расстройством избегания характерно то, что всё новое воспринимается ими с трудом, например, необходимость принятия на себя новой обязанности на работе. В отличие от шизоидных личностей, им не свойственна эмоциональная холодность. Так, с одной стороны, им хотелось бы установить социальные контакты, но, с другой,–они их боятся.

Этим людям свойственна тревожность, поэтому в МКБ-10 это расстройство называется тревожным.

Термин «избегание» применяется в психиатрии также по отношению к аддикции избегания, которая чаще всего развивается у лиц со страхом «быть поглощенным/поглощенной» други человеком (страх покинутости). В отличие от личностного расстройства избегания, аддикция избегания не распространяется на все сферы социальной активности, а затрагивает, прежде всего, отношения интимного, любовного или дружеского характера. В этих отношениях аддикты избегания всегда «уходят» от глубоких контактов с их партнерами/партнершами, стараются сохранять дистантность и возможную анонимность, чтобы не стать жертвой «поглощения» и не потерять свободу.

Зависимое личностное расстройство

Это расстройство наиболее изучены в структуре семей, имеющих аддиктивные проблемы. Феномен созависимости при аддикциях выступает как центральный. С*озависимость можно рассматривать как одну из форм аддикций.* Для зависимых лиц характерно зависимое, субмиссивное поведение, выражающееся в разных сферах. Им свойственно эмоциональное напряжение в случаях, связанных с необходимостью принятия решений, что является для зависимых лиц неприятным и трудным процессом, откладываемым ими на отдалённое будущее. Выражено стремление при принятии решения опереться на совет, поддержку со стороны других. Эти лица специально создают ситуации, при которых решения за них принимает кто-то другой. Объективно это приводит к тому, что *лица с таким расстройством позволяют другим людям фактически распоряжаться их жизнью.*

Зависимые лица в межличностных контактах обычно не высказывают своей точки зрения. Они являются хорошими слушателями.

Формальное согласие с точкой зрения других вовсе не означает, что они действительно так думают. Высказывать своё несогласие с другими они себе не позволяют, в связи с опасением возникновения ситуации, провоцирующей их отторжение.

Таким людям трудно начать что-то делать, проявить свою инициативу. Они часто делают неприятные для них, но необходимые для других вещи, полагая, что таким образом они манипулируют людьми, заставляя их любить себя, «привязывая» их к себе нуждаемостью в них.

В условиях отсутствия или потери контакта с другими они чувствуют себя беспомощно и дискомфортно, даже несмотря на то, что контакт этот для них может быть деструктивен. Однако, даже такой контакт воспринимается такими лицами лучше, чем пребывание в одиночестве, поэтому они прикладывают неимоверные *усилия для избегания одиночества*. В случае разрыва отношений с кем–то из знакомых возникает в лучшем случае психологический дискомфорт, а в худшем – тревога, беспомощность и опустошенность. Поэтому они быстро стараются восполнить образовавшийся «вакуум», заменяя эти отношения новыми. Новый партнёр снова выбирается по тем же признакам, что и прежний.

Страх покинутости, страх остаться одному, доминирование этого страха в сознании, сверхзанятость им парализуют многие виды активности.

Усиление чувства беспомощности, появляющееся как реакция на критику и неодобрение, вызывает попытки любой ценой восстановить положительное отношение к себе со стороны окружающих.

В связи с тем, что зависимость для таких людей становится стилем жизни, они, как правило, мало активны, имеют нечёткую границу собственного «Я», а проявление любой инициативы сопровождается последующей реакцией страха.

Пассивно- агрессивное личностное расстройство

Пассивно-агрессивное личностное расстройство присутствовало в классификации DSM-III-R, но из DSM-IV оно исключено, в связи с некоторыми сомнениями в достаточной объективности признаков этого нарушения.

Необходимость краткой информации об этом личностном расстройстве связана с наличием достаточно большого количества пациентов с характерными для нарушения признаками, что приводит к появлению специфических семейных и производственных проблем.

Для пассивно-агрессивного личностного расстройства типично пассивное сопротивление предъявляемым требованиям, которые касаются социальной и производственной деятельности. Это сопротивление выражается канителью, поэтому такого человека называют канительным. Он все время откладывает то, что нужно сделать, на будущее. «Я сделаю это завтра. Я подумаю об этом завтра», - уговаривает себя он, но этот намеченный срок, как правило, не соблюдается и канитель продолжается.

Лица, страдающие этим расстройством, становятся мрачными и раздражительными в ответ на просьбу сделать то, чего они делать не хотят. Их отличает неспешность в действиях. Также медленно и неторопливо они работают. Если они вынуждены заниматься тем, чем не хотят, то совершают большое количество ошибок. Они часто необоснованно протестуют, заявляя, что другие требуют от них невозможного, или заставляют их выполнять бессмысленные поручения; стараются уклониться от выполнения обязнностей, ссылась на «забывчивость». Считают, что справляются со своими обязанностями лучше, чем другие, сопротивляются тому, что им не нравится, делают замечания окружающим или советуют что-то сделать по-другому. Они могут мешать другим, критиковать и ругать их. Особенно, если это касается людей, которые заставляют их что-то делать. Особенности лиц с пассивно-агрессивным личностным расстройством проявляются не только в производственных, но и в межличностных и семейных отношениях. Психологическим механизмом пассивно-агрессивного личностного расстройства является косвенная агрессия, которая не может провиться напрямую.

Распространенность личностных нарушений

До настоящего времени информация о распространённости расстройств личности среди населения достаточно скудна. Упоминались сведения о преобладании отдельных видов личностных расстройств, например, о преобладании пограничных расстройств среди женщин и антисоциальных среди мужчин (Kaplan, Sadock,1991).

Обследование более трёх тысяч человек в трёх городах США, проведённое Robins с соавторами (1966), посвящённое выявлению антисоциального расстройства личности по критериям DSM–III показало, что вероятность возникновения этого вида расстройства на протяжении жизни находится между 2,1% и 3,3%, что почти в три раза превышает вероятность возникновения шизофрении (0,85%).

Специалисты, изучающие личностные расстройства, нередко сталкиваются с разнообразными терминами, некоторых из которых целесообразно избегать. К таким терминам относятся следующие:

1.*Психопатия* – термин, употреблявшийся ранее для обозначения личнотсного расстройства. Заменен термином личнотсное расстройство, в связи с тем, что приобрел бытовой ругательно-оскорбляющий смысл.

2.*Неадекватная личность*–термин, применяющийся в уничижительном смысле. В связи с этим, целесообразно, не прибегая к использованию данного термина, конкретно указать направления и сферы, требованиям которых человек не соответствует;

3.*Инфантильная незрелая личность*. Зачастую используется специалистами для характеристики нечёткости и расплывчатости личностных характеристик, подразумевающих несоответствие между поведением человека и его возрастом. Рассматривая эти явления целесообразно более чётко фиксировать признаки незрелости с определением сфер, в которых она проявляется. Например, сфера межличностных отношений, контроля над своими эмоциями, способности принять на себя ответственность и пр.

Рассмотрение вышеуказанных терминов с предложенных позиций представляет более конструктивный вариант, чем «наклеивание ярлыков», которым, к сожалению, слишком широко пользуются специалисты.

ИДЕНТИЧНОСТЬ

Диссоциативное нарушение идентичности

Большой интерес специалистов к этому вопросу объясняется ростом числа пациентов с такого рода нарушениями.

В DSM–III–R нарушения идентичности выделялись как множественные личностные расстройства. Диагноз нарушений идентичности в DSM–III–R учитывал наличие двух критериев.

1.Критерий А включал в себя наличие двух или более отдельных идентичностей или личностных состояний.

2.Критерий В характеризовал личностные состояния, которые рекуррентно контролируют поведение.

DSM–IV характеризует нарушения идентичности в связи с добавлением к критериям А и В критерия С и D.

3.Критерий С–неспособность человека вспомнить определённую личностную информацию, содержание которой слишком велико, чтобы это можно было объяснить обычной забывчивостью. Речь идёт о том , что пациент не может сообщить о себе важных сведений, несмотря на отсутствие у него какой–либо патологии интеллектуально–мнестической сферы. Специалистами выявляется несоответствие между неспособностью пациента вспомнить необходимую информацию и отсутствием у него органических изменений, выраженных настолько, чтобы до такой степени амнезировать события своей жизни.

4.Критерий D–нарушения идентичности, не являются следствием прямого физиологического воздействия какого–то вещества, их невозможно объяснить наличием у пациента какой–либо болезни, например, повышением температуры, связанной с инфекционным заболеванием.

Нарушения идентичности, встречающиеся в детском возрасте, могут быть связаны с игрой фантазии ребёнка, уходящего в мир сказки со своим участием в виде воображаемого героя. Такие нарушения идентичности не отражаются обычно на поведении и не исключают реальной оценки себя в любой необходимый момент, они не относятся к диссоциативным нарушениям идентичности.

Диссоциативное нарушение идентичности может включать в себя несколько личностных состояний. Каждое из них выражается уникальностью, присущей только этому состоянию, со своей историей, захватывающей разные сферы пациента–

идентичность, собственный имидж , отдельное имя, фамилию, отличные от настоящей. Человек обозначает себя в этом состоянии как вполне обособленную личность.

Каждому человеку присуща первичная идентичность, включающая в себя в том числе истинные имя и фамилию. Изучение особенностей основной личности у людей с диссоциативным нарушением идентичности показывает, что эта первичная идентичность выступает как пассивная, зависимая, насыщенная чувством вины, склонная к депрессивным состояниям. Альтернативное личностное состояние, появляющееся у пациента, характеризуется чертами, контрастирующими по своему характеру с первичной идентичностью. К таким характеристикам относятся враждебность, стремление к контролю, агрессивность и аутодеструкция.

Человек в этих личностных состояниях может иметь разный возраст и пол. Например, взрослый человек может выступать, как ребёнок или как человек, старший по возрасту, или как личность противоположного пола. Эти личностные состояния отличаются от первичной идентичности такими характеристиками, как специфичность словарного запаса; тематика обсуждаемых вопросов; особенности манеры обращения; стиль разговора; общий набор знаний; уровень образования и преобладающий аффект. Новая идентичность, временно сменяющая первичную, может характеризоваться враждебностью, агрессией, обидой, обвинениями, возрастанием сексуальности. Известны случаи, когда в таких состояниях люди совершали акты сексуального насилия. Альтернирующие идентичности обычно отрицают знание друг друга. Так, человек, пребывающий в одном личностном состоянии, отрицает свою принадлежность к предшествующему другому личностному состоянию. Возможны случаи, когда пациент пребывающий в одном личностном состоянии, фрагментарно помнит характерное для него другое личностное состояние и находится с ним в ситуации конфликта.

Обычно одна или более сравнительно мощных по выраженности идентичностей могут захватывать время, принадлежащее другим идентичностям.

Индивидуумам с диссоциативными нарушениями идентичности свойственно наличие серьёзных проблем, связанных с памятью на прошлые события. Выпадения из памяти могут касаться разных периодов времени от отдалённых до сравнительно недавних событий жизни пациента.

Характерным для такой диссоциативной амнезии является потеря памяти на длительные по времени периоды жизни, связанные с детством, “прикосновение” к которым вызывает сильное стрессирование. Эту амнезию можно рассматривать как защитную реакцию на травмирующие психику ребенка события, не способные интегрироваться в его сознании. Анализ расстройств, носящих название множественная личность, показывает, что в 80% случаев эти расстройства возникают у взрослых, перенесших в детстве сексуальную травматизацию, причём, не случайную, а носящую длительный характер.

Изучение происхождения данного вида амнезии с использованием психоаналитических подходов, показывает, что диссоциативные нарушения возникают у человека как защитная реакция, связанная, во–первых, с необходимостью вытеснения психотравмирующих событий, а , во–вторых, с имеющим место в данной ситуации одновременным “рождением” другого человека, с новым поведенческим паттерном, противопоставляющим себя прежней, незащищённой личности. Первичная идентичность человека, перенесшего детскую травму, пассивна, а риск прорыва переживаний в сознание велик. Этим и объясняется успешность быстрой трансформации травмированной личности в другое состояние, несущее в себе элементы игры фантазии, представление себя противоположной по характеру личностью, способной к решительным, самостоятельным, порой агрессивным действиям. Агрессивное поведение может отражать идентификацию себя с агрессором из детской жизни. Такова психодинамическая концепция описанного явления.

Психологическая травма, находясь в подсознании в связи с её вытеснением, создаёт постоянное эмоциональное напряжение. Коррекционная тактика специалистов направлена на создание мотивации к возврату человека к травмирующим психику переживаниям с необходимостью заново пережить эту травму, отреагировать её, избавиться от напряжения и выйти из переживаний с новым, более адаптивным отношением к реальности.

Пассивная идентичность имеет тенденцию к проявлению более ограниченной памяти, в то время как агрессивная,– характеризуется большей полнотой воспоминаний. Амнезии переживаний и активностей, совершаемых в возникающих идентичностях, носят обычно тотальный характер. В результате пациенты не могут, например, понять откуда у них появились какие-то не принадлежащие им предметы, записки и др. Или наоборот , пациент обнаруживает отсутствие необходимого для него предмета, которым он постоянно пользовался, с невозможностью объяснить причину пропажи.

Представляет интерес влияние культуральных аспектов на способы возможных объяснений подобных явлений. Например, пациенты с нарушением идентичности, проживающие в Латинской Америке, обнаруживая у себя пропажу значимых для них вещей, связывают этот факт с мифологическими представления, с вмешательством в этот процесс духа, живущего в их доме, который по истечению некоторого времени возвращает пропавшие вещи.

Доказательством амнезий могут быть достаточно драматические явления , при которых , например, человек обнаруживает в своём столе деловые бумаги и письма, поражающие его воображение и написанные не свойственным для него почерком, но в действительности , являющиеся продуктом его “творчества” во время пребывания этого человека в каком-то ином состоянии.

При наличии нарушений идентичности, появление тех или иных личностных состояний связано со специфическими условиями, провоцирующими возникновение именно этих состояний. Смена идентичности часто провоцируется психосоциальным стрессом, возникновением трудных, опасных ситуаций угрозы, унижения, семейного, производственного или другого конфликта, эмоционального шока, вызванного получением неприятного известия.

Смена идентичностей может произойти в течение нескольких секунд. Чаще всего время перехода человека из одного состояния в другое бывает кратковременным. В более редких случаях имеет место плавный, постепенный переход. Для плавного перехода типичным является временная неконтактность, с нежеланием отвечать на какие бы то ни было вопросы. Вербальное и невербальное поведение пациента в этот момент свидетельствует о наличии у него значительной внутренней “работы”, процесса, требующего значительных затрат энергии. Отсутствием энергии, необходимой для контакта с окружающими, возможно и объясняется нежелание отвечать на вопросы.

Идентичность, пребывающая в рассматриваемый момент времени не на “внешней”, а на “внутренней” сцене, и, казалось бы, не контролирующая настоящую ситуацию, тем не менее оказывает существенное влияние на сознание человека. Это влияние выражается в продуцировании галлюцинаторных расстройств

(зрительных или слуховых), во время которых голос даёт пациенту какие–то инструкции. Анализ происхождения галлюцинаторных расстройств в биомедицинской парадигме объясняет их наличие эндогенным или органическим заболеванием головного мозга, воздействием токсических субстанций, галлюциногенов, продуктов нарушенного обмена.

Рассматривая психодинамические механизмы галлюцинирования, следует отметить наличие функциональных механизмов, связанных с прорывом в сознание вытесненных желаний, неосознанных страхов и др. Психодинамические механизмы галлюцинаций у пациентов, страдающих эндогенными заболеваниями, не анализируются клиническими психиатрами, которые ограничиваются лишь их описательной характеристикой. Вместе с тем при эндогенных психозах удаётся обнаружить в происхождении галлюцинаций

процессы, связанные с динамикой подсознания. Анализом таких галлюцинаций занимался Райх, приводящий в своих исследованиях примеры значения смысла галлюцинаторных переживаний. При нарушениях идентичности галлюцинации чётко отражают репрессированные в подсознание и "рвущиеся на сознательную сцену" переживания.

Анализ особенностей личностных состояний, появляющихся в структуре диссоциативного нарушения идентичности показывает, что в отдельных личностях могут проявляться гистрионические черты, например, конверсионные расстройства: изменение ощущения боли, нарушения походки, зрения, парезы. А иногда возможны и функциональные гистрионические припадки.

Диссоциативные нарушения идентичности представляют интерес для судебной психиатрии в случаях совершения правонарушений лицами, пребывающими в одном из свойственных им личностных состояний.

Представление о себе как о непривлекательном или привлекательном человеке может соответствовать и не соответствовать действительности. Лица с нарушениями идентичности могут считать себя недостаточно представительными, уродливыми. Психиатры эти состояния квалифицируют как дисморфофобию. В каких–то случаях такое представление о себе входит в структуру психического заболевания, а в каких–то является изолированным искажением собственного имиджа, происшедшего под влиянием определённых факторов.

Одним из наиболее значимых факторов является среда, в которой воспитывается человек. Например, комментарии родителей в адрес дочери, подчёркивающие её непривлекательную, с их точки зрения, внешность могут способствовать развитию у девочки нарушений в формировании собственного имиджа, что может сочетаться с развитием комплекса неполноценности. Таким образом, формирование родителями положительного имиджа ребёнка должно включать в себя факторы, способствующие развитию самооценки ребёнка, чувства доверия к себе. Ребёнок должен нравиться себе, не испытывать комплекса неуверенности.

Формирование имиджа себя происходит как на сознательном, так и на не полностью осознаваемом, на подсознательном уровне. На сознательном уровне всё может выглядеть благополучно, человек может проявлять поведение, отражающее его самодостаточность. Но при более глубоком анализе каких-то конкретных фактов, у человека может быть обнаружено чувство неуверенности и тревожности, касающееся собственного имиджа.

В подсознании такого человека существует концепция о прямо пропорциональной зависимости его социальной успешности от степени прилагаемых им усилий. Наличие такой концепции связано с суггестией, проводимой родителями, связывающими возможность будущих успешных реализаций ребёнка с тяжестью прилагаемых им усилий в достижении успеха. Как правило, такое воспитание сопряжено с акцентом на недостатки ребёнка, что способствует развитию ущербной идентичности, ущербного имиджа себя. Такие дети во взрослой жизни считают себя хуже других, полагая, что , если они и могут привлечь внимание других, то лишь на очень короткий промежуток времени, они считают, что длительное общение с ними приведёт к потере хорошего отношения к ним из–за их неспособности производить положительное впечатление на партнёра по общению в течение сколько–нибудь длительного времени. Наличие таких мыслей провоцирует их носителя на "построение" кратковременных отношений с окружающими, так как длительные отношения рассматриваются как опасные в плане их нестабильности. Желание вступить в длительные отношения у таких людей присутствует, но эти отношения считаются реально невозможными, так как невозможным считается хорошее отношение к себе со стороны партнёра по общению на протяжении длительного периода. Боязнь закономерного с его точки зрения краха отношений провоцирует носителя такого расстройства на разрыв отношений, «чтобы меньше переживать». Такие явления характерны для людей с патологией развития, связанной с неправильным имиджем, для

поведения избегания и характеристики радикала, входящего в сексуальные аддикции. Не понимая сути вышеперечисленных явлений, трудно определить взаимосвязь чувства неполноценности и психологического дискомфорта с неправильно сформированным в детстве имиджем. То есть нарушения в собственном имидже нередко приводят к формированию различного рода личностных проблем, нарушений в межличностных отношениях, к развитию таких психических нарушений, как вторичная депрессия, чувство отчаяния, ипохондрические идеи и др.

Выделяются наиболее важные *факторы в развитии собственного имиджа ребёнка*. К таким факторам, прежде всего, относится влияние, оказываемое на ребёнка эмоционально значимых для него фигур, в кругу которых он воспитывается. Любовь и уважение со стороны родителей, родственников и знакомых формирует в ребёнке чувство собственного достоинства и стойкость, отсутствие искажений в собственном имидже.

Ребёнок, воспитывающийся в обстановке холодности и враждебности со стороны родителей, имеет искажённое представление о собственном имидже . Он считает такое отношение со стороны окружающих правильным, связанным с его собственной неадекватностью. Такое нарушение идентичности в последствии приводит к затруднению в межличностных контактах, к агрессивности, вызванной чувством обиды и несправедливости . Характер воспитания определяет будущий собственный имидж ребёнка. Поэтому воспитание , занижающее самооценку, подчёркивающее неадекватность ребёнка, способствует возникновению нарушения идентичности.

Возможны и другие варианты. Так, акцент только на положительных качествах ребёнка таит в себе опасность, что дальнейшая встреча такого ребёнка с реальностью, с психотравмирующей ситуацией, связанной с поражением, спровоцирует возникновение серьёзных нарушений.

Человеку присуща отчётливая тенденция оценивать себя так, как окружающие оценивали его в первые 12 лет жизни, как они к нему относились, как проходила консенсуальная валидация. В данном аспекте имеет большое значение та информация, которая суггестировалась ребёнку окружающими. Информация, импрегнированная в сознании ребёнка на протяжении различных периодов жизни, оказывает существенное влияние на формирование его самооценки.

Отсутствие у ребёнка достаточной идентичности, базирующейся на отождествлении себя с положительным имиджем, может способствовать развитию у него различных видов отклоняющегося поведения. Такое поведение может характеризоваться нарушением межличностных отношений с возникновением предпочтительного общения с миром вещей, заменяющим мир людей, что приводит такого человека к стремлению получать удовольствие способами, исключающими интерперсональные контакты, которые пациент считает для себя недоступными. Таким образом, прослеживается взаимосвязь между вышеописанными явлениями и развитием различных форм аддиктивного поведения.

Человек уходит в аддиктивные реализации для того, чтобы нейтрализовать неприятную для него реальность, связанную с психологической травмой, с внутренним ощущением постоянного недовольства собой, отсутствия любви к себе и идёт по гедонистическому пути, используя средства, изменяющие его психическое состояние. Происходит формирование условий для развития алкогольного, наркотического и других видов отклоняющегося поведения. Коррекция такого рода расстройств трудна и часто неэффективна, в связи с тем, что аддиктивная реализация стала для человека привычной и в его сознании, связанном с прошлым, положительные воспоминания отсутствуют. Предшествующие развитию такого поведения осознание себя, как «плохого», ощущение внутренней неадекватности и недовольство собой делают психологическую коррекцию непродуктивной.

Осознание пациентом необходимости вернуться к своим прежним личностным ресурсам требует понимания того, были ли эти ресурсы представлены ранее. Каждый человек

имеет генетически обусловленные ресурсы. Но, если они не были достаточно развиты в раннем возрасте, их трудно а, порой и невозможно, развить в более поздние периоды. Поэтому специалисты сталкиваются с неэффективностью психологической коррекции, например, наркотического поведения. Целесообразно понимать, что при возникновении нарушений на фоне достаточно развитой идентичности, базирующейся на положительном самовосприятии, возврат к прежнему Я, к прежней, нормальной и здоровой личности более реален. При этом пациент вспоминает то, каким он был до отклонения, в какие межличностные отношения он был включён, и старается "оживить" свою память. Однако, если в памяти оживают в основном отрицательные воспоминания, проблема коррекции в таком ракурсе практически не решаема.

Важным аспектом развития личности и имиджа себя является идентификация ребёнка со значимыми для него людьми. Поведение детей носит имитационный характер, в процессе которого дети имитируют интонационные характеристики голоса, высказывают сентенции , принадлежащие взрослым. Вначале такое подражание ребёнком не осознаётся, но постепенно, по мере его становления, оно выходит с автоматического уровня на уровень подсознания. Ребёнок идентифицирует себя с впечатлившими его качествами значимых окружающих, но, прежде всего, с качествами обоих родителей. Существует закон психологического развития, согласно которому, в случае здоровой семейной обстановки, ребёнок идентифицирует себя в большей степени с качествами родителя того же пола, стараясь перенять у него принадлежащие ему личностные черты. Так, мальчик идентифицирует себя с отцом, девочка с матерью. Идентификация представляет собой сложный процесс, влияющий на формирование характера, являясь важным радикалом идентичности.

В процессе идентификации ребёнок воспринимает не только внешнюю сторону поведения родителей их жесты, мимику и пр. Он идентифицирует себя с идеалами родителей, с их стилем жизни, моралью, с этическими стандартами поведения. Моральные ограничения мотивации ребёнка также оказываются под влиянием идентификации. Так происходит в случае *здоровой идентификации.*

При травмирующих психику ребёнка отношениях с родителями их жизненный стиль не воспринимается ребёнком как объект для подражания. Протест может быть открытым и скрытым от глаз окружающих. Происходит противопоставление себя жизненному стилю родителей, что не может не сказаться на нормальном развитии ребёнка. Такая идентификация носит название *патологической.*

Унаследованные от родителей идентификации могут влиять на развитие у ребёнка положительной мотивации к обучению, к экономическим, социальным, духовным и другим видам достижений. Ребёнок так же может идентифицировать себя с нечестностью, брутальностью и другими отрицательными аспектами родительского поведения. Такое явление называется *коррупционной идентификацией.*

Идентификация играет значительную роль в определении сексуальной ориентации. Например, мальчик имеющий здоровые отношения с отцом, идентифицирует своё поведение с поведением отца. Если же эти отношения носят несколько иной характер, в связи с отстранённостью, работоголизмом, алкоголизмом отца, его импульсивностью, с неожиданными вспышками гнева, в таком случае полной идентификации с ролью мужчины, которую олицетворяет отец, не происходит. Вместо этого может развиться спутанная, смещённая идентификация, при которой сын может идентифицировать себя с кем–то другим и даже с матерью. В такой ситуации в личностной структуре сына может появиться гомосексуальный паттерн.

Наличие между матерью и дочерью холодных, дистантных, нездоровых отношений, связанных с наличием у матери таких черт, как агрессивность, враждебность и пр. приводит к тому, что девочка не развивает женскую идентификацию. Это может способствовать развитию у неё лесбийских проявлений. Нарушения сексуальной

ориентации детей являются результатом их нездоровых отношений с родителями, хотя значение в этом процессе некоторых других влияний отрицать нельзя.

Факторы, приводящие к нарушению социальной идентификации у взрослого, связаны со значительным изменением системы ценностей, сформировавшейся в процессе его воспитания. Человек, идентифицирующий свой имидж с определённой системой ценностей, в течение длительного периода своей жизни вдруг сталкивается с фактом неадекватности или убедительной компрометации основных положений, входящих в его систему ценностей, что приводит к возникновению угрозы нарушения идентичности. Угроза возникновения такого нарушения будет наиболее выраженной для людей, уже имеющих проблемы идентичности, заложенные в детском возрасте. Чувство идентичности экзистенциально, то есть, оно во многом связано с пониманием человеком своего призвания и цели в жизни. Нарушения возникают чаще всего в случае краха индоктринированности человека в духе определённой идеологии, которая теряет свой прежний смысл. В такой ситуации особенно важна помощь профессионалов, направленная на поиск новой точки кристаллизации с целью профилактики ощущения хаоса, экзистенциального вакуума. Развитие этого состояния приводит к депрессии, или развитию брутально –гедонистического жизненного подхода, при котором человек стремится получать удовольствия любым путём. Оба варианта деструктивны, так как связаны с нарушением инстинкта самосохранения и обострением стремления к аутодеструкции.

Чувство смысла жизни, являющееся важным компонентом идентичности человека, во многом связано с религиозным чувством. Достаточная представленность религиозного чувства у человека способствует «цементированности», консолидации его идентичности. В такой ситуации многие отрицательные внешние факторы не в состоянии нарушить идентичность. Помимо того, что религиозное чувство по-разному представлено у разных людей, влияние этого чувства на одного и того же человека может флюктуировать, подвергаться колебаниям, а, иногда может быть не достаточным для психической консолидации. Необходимость основанной на эмпатии эмоционально–духовной поддержки в таких случаях чрезвычайно важна.

Сложная обстановка современной жизни, во многом основанной на конкурентных отношениях, подтверждает значимость чувства идентичности для выживания. В этих условиях идентификация себя со значимой группой людей способствует не только выживанию, но и моральной и социальной успешности. Ориентация на выраженную групповую идентификацию, строящуюся на тесной связи с родителями, «кланом», не прекращающейся после достижения человеком зрелого возраста, даёт ему чувство не формальной , а реальной поддержки со стороны этой группы людей, “страхуя” его от последствий психологической травматизации.

Нарушение идентичности является основной чертой пограничных и других личностных расстройств. Слабость идентичности проявляет себя у зависимых личностей, у личностей с расстройствами избегания, у личностей с нарциссическими нарушениями.

Отличие нарушения идентичности при различных видах личностных расстройств представлено следующим образом. При пограничных нарушениях ущербная идентичность формируется в ранние периоды, до 4–5летнего возраста, а при нарциcстических нарушениях –в более поздние периоды жизни. При возникновении нарциссизма на ребёнка возлагаются обязанности носителя определённой миссии, в рамках которой он должен соответствовать высоким требованиям, предъявляемым ему родителями. В случае исчезновения благоприятной социально–психологической ситуации, в которой воспитывался ребёнок, вызванной, например, смертью одного из родителей, изменением социального статуса родителей и пр., ребёнок теряет свои привилегии, базирующиеся на оценке его другими людьми, но он продолжает прикладывать значительные усилия для сохранения собственного имиджа, для поддержания высокой самооценки на достигнутом уровне. Эта борьба тяжела для

человека, но она приносит ему и дивиденды в плане достижений значительных успехов в работе, творчестве, искусстве и пр.

К факторам, вызывающим нарушения идентичности в детстве, относится физическое, психологическое и сексуальное насилие ребёнка. Сексуальное насилие над ребёнком может приводить к нарушению идентичности во взрослом состоянии. Детская сексуальная травматизация, вытесняется ребёнком из сознания, приводит к тому, что он “забывает” о её наличии. Этот факт подтверждают исследования инцеста, имеющего место в детском возрасте и отрицаемого взрослыми людьми .

В заключении следует отметить, что подтверждением внимания специалистов к росту расстройств, связанных с нарушениями идентичности, является введение в DSM–IV отдельной формы, носящей название проблемы идентичности. Носители такой проблемы обращаются за помощью, предъявляя жалобы на общее чувство неуверенности, касающееся их идентичности. У таких людей представлены неуверенность в постановке цели на длительное время, неуверенность в правильности действий, в отношении выбора карьеры, друзей, сексуальной ориентации и различных форм сексуального поведения. Они не знают, какими моральными ценностями им следует руководствоваться, испытывают колебания в отношении лояльности к разным людям, включая и членов семьи. Все эти факторы должны быть учтены в проводимых специалистами психодиагностических и лечебных мероприятиях.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

В современной психиатрии существует деление психических нарушений на психотические и непсихотические. Имеет значение характер и степень выраженности расстройства и его влияние на поведение. Если расстройство дезадаптирует человека в социальной среде, нарушает его способность мыслить, эмоционально реагировать, использовать память, общаться, оценивать реальность в такой степени, что это делает невозможным соответствовать требованиям жизни, речь идёт о психотическом уровне расстройства. В противном случае говорят о непсихотическом характере нарушения.

К группе непсихотических психических нарушений относятся тревожное, паническое нарушения, агорафобия, социальная фобия, различные виды специальных фобий, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, соматоморфное и диссоциативное расстройства, факцисиозное расстройство. Согласно DSM–IV, к этой группе относится и посттравматическое стрессовое расстройство.

Непсихотические психические расстройства представляют собой кластер разнообразных нарушений, отличающихся от психотических. Фактически, речь идёт об их дифференциации с психозом.

Совсем недавно по отношению к ряду из вышеперечисленных расстройств применялся термин «*невроз»*. В настоящее время этот термин существует в ICD–10 , будучи исключённым из DSM–IV.

Ретроспективный анализ использования термина «невроз» показал, что этот термин использовался в США с 1939г., когда как невроз была квалифицирована неврастения.

Термин *«неврастения»* был введён в 1867г. (Beard, 1880). Автор рассматривал это состояние скорее как «физическое», нежели «психическое» и подразумевал под ним своеобразное соматическое заболевание, не требующее «объективных» биологических признаков. До введения термина «неврастения» считались «реальными» только те нарушения, которые сопровождались объективными биологическими признаками. Другие же формы нарушений квалифицировались как результат недостаточного самоконтроля или симуляции. Выраженные психические нарушения в эту группу расстройств не

включались. Это был период, когда психиатрия, фактически, занималась лечением людей только с выраженными психическими нарушениями. В то же время оставалась без внимания большая категория пациентов, не относящаяся к этим нарушениям и не имеющая биологических признаков, которые могли бы оправдать их состояние с точки зрения принятых биомедицинских подходов. Таким образом, *появление термина «неврастения» легитимизировало ситуацию пациентов, которые, с одной стороны, не были психически больными, а, с другой, – не обнаруживали каких- либо признаков, позволяющих диагностировать у них наличие заболевания.* Из США концепция неврастении перекочевала в Европу, а в дальнейшем и в Азию (Ware и Kleiman, 1992).

В созданную в 1952г. DSM– I термин «неврастения» уже не вошел, несмотря на то, что термин невроз ещё употреблялся. В появившуюся в 1968г. DSM–II была вновь включена «неврастения». С момента создания DSM–III в 1980г. и до сих пор этот термин исключается из диагностики на основании редкого использования диагноза «неврастения» в клинической практике и трудностей выделения неврастении в отдельную дискретную категорию. В 1991г. в Питсбурге на конференции Национального Института Психического Здоровья обсуждался вопрос, касающийся неврастении как диагностической категории, с постановкой цели провести исследования в этом направлении. Результатом этих исследований явился *вывод о несостоятельности диагноза неврастении.*

Диагностика неврастении, согласно материалам Всемирной Организации Здравоохранения (1992), базируется на выделении двух основных её типов: 1. усталость после психического усилия;

2.первичная физическая слабость и истощение после минимального усилия.

В современной Японии диагноз «неврастения» используется очень широко, являясь определённым «экраном», защищающим пациентов и их семьи от социальных последствий диагностирования психического нарушения. Таким образом, фактически имеет место *маскировка психиатрических диагнозов*. Это процесс очень распространён в японской психиатрии и достаточно рутинен. Munakata (1989) отмечал, что распространение диагноза «неврастения» в историях болезни отражает интенсивность стигматизации, связанной с понятием психическое заболевание, поскольку этикетирование больного приводит к его значительной юридической и общественной дискриминации, касающейся не только права голосовать, занимать позиции в государственных учреждениях, права водить машину, но и дискриминации со стороны знакомых и родственников. В Японии диагноз психического заболевания, например, шизофрении, приводит к альенации человека от общества, что особенно разрушительно в социоцентрической культуре, где социальная интеграция и взаимная зависимость людей чрезвычайно важны. Этими причинами объясняется истинная подоплёка расширенной диагностики «неврастении».

Диагностика неврастении в Европе находится под влиянием социальных, культуральных и политических факторов, игравших и продолжающих играть значительную роль в :

1. установлении симптомов неврастении;
2. концептуализации неврастении;
3. последствиях диагностики неврастении.

Это явление подтверждается рядом примеров. Например, в прежней Югославии, базирующейся на ригидных социальных структурах и имеющей значительно ограниченные возможности для социальных изменений, основной акцент в диагностике неврастении делался на социальных подходах. Основное значение в определении неврастении придавалось чертам, являющимся потенциально разрушительными и угрожающими для сохранения социального и политического статуса страны. К таким чертам относились: социальная дезадаптация, низкая переносимость фрустрации, эксцессивная (чрезмерная) раздражительность и взрывы гнева.

Starcevic (1991) отмечал, что в обществах, преимущественно ориентированных на работу и продуктивность, больший акцент в диагностике неврастении делается на усталость и утомляемость, поскольку необъяснённая усталость воспринимается в качестве угрожающего и дестабилизирующего фактора. В западных странах в структуре неврастении акцентируется значение усталости.

Социальный контекст неврастении связан с чрезвычайной популярностью этого диагноза в прежних СССР, Югославии и Чехословакии. Неврастения обнаруживала выраженную способность видоизменять свои симптомы, адаптируясь к изменяющимся социальным и политическим требованиям. Этот диагноз всегда играл важную социальную роль, основанную на социальной цели.

Рассматривая диагностику неврастении в бывшем СССР, следует отметить, что в официальных учебных руководствах диагноз «неврастения» выделялся, как один из видов невроза, с описанием её клинической картины в рамках гипер или гипостенического вариантов. Поскольку неврастения рассматривалась, как один из неврозов, причина этого состояния должна была быть в соответствии с принятыми подходами психогенной, связанной с воздействием психологических факторов. Анализ факторов, как правило, проводился в абстрактном виде, поскольку изучение влияния на человека негативных социальных причин априори в условиях тоталитарного режима было невозможным, а анализ индивидуальных, личностных особенностей был так же невозможен, в связи с запрещением использовать психодинамические теории личности (Skultans, 1995, 1997; Calloway, 1992; Korolenko, C., Kensin, D., 2002).

На постановку диагноза «неврастения» в современных условиях оказывает существенное влияние фактор «проницаемости» медицинской науки со стороны различных культуральных влияний. Несмотря на то, что критерии неврастении могут внешне выглядеть как описательные, диагностические категории, основанные на клинической картине неврастении, крайне чувствительны к культуральным и идеологическим мотивам.

Современными специалистами стали употребляться такие термины, как «синдром хронической усталости», «синдром выжигания» (Abbey и Garfinkel,1991; Cathebras,1991), фактически описывающие состояния, которые могли бы быть диагностированы как неврастения. Во Франции широко используется термин «спазмофилия», фиксирующий основное внимание на возникающем у пациента мышечном напряжении в сочетании с другими неврастеническими симптомами, упоминаемыми большинством авторов.

У лиц, диагностированных как больные неврастенией, обнаруживаются соматические нарушения различной этиологии. Дифференциация этих нарушений с проявлением психогенных факторов практически невозможна. Специалисты, участвующие в различного рода обсуждениях и дискуссиях по поводу диагностики конкретных пациентов во многих странах, *стараются избегать диагноза «неврастения». Это связано с тем, что пациенты, предъявляющие неврастенические жалобы, могут с такой же достоверностью быть диагностированы и как лица с начальными признаками психоорганического синдрома, или как страдающие соматическим неблагополучием.* Малая специфичность и труднодоказуемость «неврастении» вызывает её «игнорирование» специалистами, старающимися обходиться без этого сомнительного диагноза.

Выделение непсихотических психических нарушений подразумевает проведение их дифференциальной диагностики с психозом, что является достаточно сложным. Традиционное значение термина *«психотический»* включает в себя потерю оценки реальности, нарушение психических функций, наличие явлений спутанности, галлюцинаций, бредовых идей. Особенно значима степень потери оценки реальности. В непсихотических состояниях она незначительно выражена, но использование

количественного сравнения вносит определённую трудность, связанную с появлением субъективного фактора.

Непсихотическое, «невротическое» расстройство, согласно DSM–III–R, определяется как психическое нарушение, при котором преобладающим является стрессирующий индивидуума признак, симптом или группа симптомов, расценивающихся пациентом как неприемлемые, чуждые, ego-дистонические. Оценка реальности и поведение человека при этом не нарушены. Основные социальные нормы соблюдаются. Возникающее у пациента состояние не ограничивается транзиторной реакцией на стрессоры. Явная органическая этиология нарушения отсутствует. Следовательно, в силу того, что диагноз «невроз» охватывает чрезвычайно широкий круг расстройств с различными признаками и/или симптомами, этот термин потерял какую-либо точность, за исключением того, что при этих нарушениях личностная организация и способность к оценке реальности не нарушена.

Психогенный характер невроза подразумевает необходимость анализа этого состояния с использованием психодинамических подходов. *Если это состояние излечивается с использованием психоанализа или других психологических методов, то речь идёт о неврозе*. Специалисты часто совершают ошибку, заключающуюся в упрощении смысла термина «психогенный», под которым понимают влияние на человека психосоциальных стрессоров и не учитывают роли психодинамических механизмов.

Обсуждение, приведшее к *исключению термина «невроз» из классификаций DSM, базировалось*, во-первых, на чрезмерной «широте» этого термина, включающего в себя многие состояния и, во-вторых, на том, что этот термин сводит эти состояния к психоаналитическому объяснению, а это приводит к появлению новой категории нарушений, выходящей за пределы старого понимания существующих дефиниций. Данные о том, что ряд нарушений шизофреноформного характера можно корригировать с использованием психоанализа, способствовали появлению термина «шизофреноформный невроз», вносящего ещё большую путаницу в диагностику этих состояний.

За последнее десятилетие картина неврозов изменилась и в России. В бывшем СССР преобладающим видом невроза была неврастения, количество случаев которой сегодня резко уменьшилось в связи с изменениями, произошедшими в обществе. Изменились отношения между людьми, утратившими в современном обществе прежние возможности предъявлять неврастенические жалобы: усталость, утомляемость, снижение концентрации внимания и пр. Предъявление этих жалоб лишилось во многом прагматического смысла. Характерный для больных уход в мир неврастенических переживаний в современных условиях потерял свою актуальность, вызвав появление психологического вакуума, способствующего формированию психологической травмы на бессознательном уровне. Свойственное таким пациентам ипохондрическое поведение, сопровождающееся «уходом на больничный лист» с вытекающими отсюда льготами, в современных условиях потеряло целесообразность.

Изменившиеся межличностные отношения повлекли за собой и изменение клинических признаков, например, частые депрессивные состояния. Этим обстоятельством объясняется рост депрессивных «неврозов» в современном обществе.

Adler, выделяющий невроз в отдельную категорию, писал, что если цели, которые ставит перед собой человек или способы их реализации, не соответствуют возможностям человека, эти цели приобретают черты фикции, становясь недостижимыми и невротическими. Невротик, по выражению Adler'а, «приколочен к своим фикциям». Симптомы невроза играют защитную роль и являются бегством от реальности. Защищая человека от соприкосновения с жизненными проблемами и не позволяя ему понять секрет своей низкой самооценки, *невроз является своеобразной психической компенсацией*. Страдающий неврозом может чувствовать себя хорошо в связи с тем, что он «не видит» реальности.

По мнению Horney, источником неврозов являются нарушенные межличностные отношения. Работая в Европе и в США, автор показала чёткое культурально обусловленное отличие неврозов в этих регионах.

Freud относился к неврастении крайне осторожно, не выделяя её как отдельную нозологию. Вместо этого он использовал термин «актуальный невроз», упоминая о том, что этот невроз вызывается воздействием механизмов, отличных от механизмов, вызывающих другие виды неврозов.

Horney, считая, что главной целью неврозов является получение безопасности, ставит во главу угла понятие тревоги и страха. Стремление к безопасности, по мнению автора, одна из невротических тенденций, характеризующаяся ригидностью, проявляющейся в стремлении человека получить эту безопасность любым путём. «Шествуя» по такому канализированному пути, человек теряет способность видеть нюансы окружающего мира, теряя многое из того, в чём он мог бы участвовать с пользой для сохранения своей психофизиологической целостности. Характеризуя невроз, Horney помимо ригидности, выделяет наличие несоответствия между возможностями человека и его действиями. Автор обнаружила, что невроз фактически напоминает личностные нарушения. Каждый невроз, вне связи с его клиникой является неврозом характера, предрасполагающего к возникновению невроза. *Согласно определению* Horney, *невроз– это психическое расстройство, вызванное страхом и защитой перед ним и попытками найти компромисс в конфликте противоположных тенденций.* То, что «нормальный» человек делает для удовольствия, человек с нарушениями личности и невротик делает для того, чтобы редуцировать опасения, связанные со страхом и тревогой. Таким образом, рассматриваемый конфликт носит вторичный характер и появляется вместе с развитием невроза.

Согласно Horney*, основной конфликт проявляется в трёх установках человека по отношению к другим: приближение к кому-то, выступление против кого-то или уход от кого-то*. Нормальный человек адаптирует свои позиции в отношении этих трёх вариантов взаимодействуя с окружающими в зависимости от конкретной ситуации, а у невротика, в силу его ригидности и неспособности во время перестроиться, эти составляющие взаимодействия приходят в противоречие с возникновением конфликта между «Я» реальным и «Я» идеальным. Нейтрализация конфликта невозможна в связи с нереальностью модели.

Нарушенные межличностные отношения, являющиеся с точки зрения Horney, причиной невроза, позволяют отнести к первопричине невротических тенденций такие чувства, как одиночество, беспомощность и враждебность. Например, насилие над ребёнком способствует дальнейшему формированию у него чувства страха и враждебности.

По мнению *Fromm* (1941,1973), невротические конфликты проистекают из экзистенциальной природы человека, являющегося частью природы, от природы как таковой. Осознанию человеком самого себя и его столкновению со своей ограниченностью, вызывающими тревогу и страх неизвестного, *Fromm* противопоставляет потребность избегать одиночества. Главным двигателем жизни человека является его стремление к уходу от одиночества.

Страх покинутости свойственен и многим аддиктивным расстройствам. Этот страх, с точки зрения *Fromm*'а, рождается вместе с развитием сознания, когда человек с возникновением у него чувства беспомощности начинает сомневаться в смысле своей жизни. Свобода связана в восприятии человека с покинутостью, она угнетает его и не даёт ощущения радости. Происходит «бегство от свободы». Убегая, человек формирует защитные механизмы, которые могут быть деструктивными, садомазохистическими, агрессивными или конформистскими. Возникает убеждение, что лучше стать конформным, чем быть покинутым. Эта уверенность основывается на иллюзорном представлении о том, что общество его защитит, а также, что лучше погибнуть вместе со

всеми, чем одному. *Невроз по Fromm'у является негативной формой решения экзистенциальных проблем.*

В связи с этим определённый интерес представляет рассмотрение взаимосвязи экзистенциальных проблем человека с наличием ряда *негативных социопсихологических факторов, присутствующих в современной России.* Изменения, происшедшие в обществе за последнее десятилетие, огромны. Прежнее советское общество можно назвать обществом бедных мотиваций, так как человек имел возможность делать в основном только то, что ему было предписано. Однако, несмотря на отсутствие мотиваций, в последнем периоде бывшего СССР у людей присутствовало чувство безопасности, являющееся практически для всех очень важным. Чувство безопасности могло быть и иллюзорным, так как в обществе объективно отсутствовали права человека и личная свобода, понимаемая как «осознанная необходимость» («необходимость» определялась директивами ВКПб, КПСС). На общество воздействовали негативные факторы, по-разному представленные в различные периоды. В современном обществе присутствуют свобода и мотивации, но отсутствуют чувства личной безопасности, социальной уверенности и защиты, так как общество не создало систем, обеспечивающих социальную поддержку.

Тревожное расстройство

Тревожное состояние, встречающееся у значительного количества пациентов, часто диагностируется психиатрами, психологами и врачами общей лечебной сети. По своей выраженности и специфике тревога может носить непсихотический и психотический характер.

Исследования, проведённые Kessler с соавторами (1994), показывают, что при таких часто встречающихся состояниях, как, например, большая депрессия, алкогольная зависимость, простая (специальная) и социальная фобия, тревога, как таковая, занимает не менее 25%. Если учесть состояния, которые длятся долго, около 12 месяцев, то в этих состояниях тревожное расстройство наблюдаются в 17% случаев, в то время, как другие аффективные расстройства только в 11% случаев. Результаты этих исследований привели специалистов к формированию мнения о том, что тревожное расстройство является в целом более хроническим, чем многие другие аффективные нарушения.

Этнические исследования тревоги, входящей в состав обсессивно–компульсивного нарушения, проведённые специалистами в области транскультуральной психиатрии в шести странах США, Канаде, Германии, Тайване, Южной Корее, Новой Зеландии, и Пуэрто–Рико, показали, что, за исключением Тайваня, эти виды нарушений наблюдались от 1,1 до1,8 на 100 человек. Обращалось внимание на связь преобладания обсессий или компульсий с территориальной принадлежностью обследуемых (Weisman с соавторами, 1994).

Исследования, проведённые Короленко (1978), показывают, что часть людей, приезжающих на Крайний Север, через какое–то время начинают испытывать состояния, для которых тревога является ведущим признаком. Это состояние получило название *"Синдром психоэмоционального напряжения"*(Korolenko, 1978, 1988).

Пациенты в ряде случаев испытывали серьёзные затруднения в идентификации, в вербализации этого состояния. Тревога проявлялась в беспокойстве, стремлении находиться в состоянии постоянного движения, сжимании пальцев рук, ходьбе из угла в угол. Некоторые отвлекали себя от тревожного состояния мыслительными операциями, пытались, например, классифицировать по алфавиту определённое количество слов, начинающихся с одной и той же буквы. Эти действия помогали "снять " тревогу на короткое время.

Анализ клинических признаков тревоги показал, что в ней можно выделить: а) соматические эквиваленты, объективизируемые психогальваническим рефлексом и

психологическими тестами; б) когнитивные проявления, выраженные в нарушениях мышления; и в) поведенческие компоненты, связанные с изменением активности. Тревога является сложным и универсальным синдромом с многовариантными проявлениями.

При синдроме психоэмоционального напряжения некоторые люди начинали сильно беспокоиться о состоянии своего здоровья, терзаться переживаниями о возникновении чего–то непоправимого. В других случаях возникало беспокойство о несчастьях, которые могли случиться с их близкими. Состояние провоцировалось невозможностью установить немедленный контакт с родственниками. Некоторых беспокоили тревожные ожидания, связанные с экстремальными климатическими условиями, которые, в совокупности с теоретически возможными техническими поломками на теплоэлектростанции, могли привести, с точки зрения таких пациентов, к очень серьёзным, жизненно опасным последствиям. Часть пациентов испытывала беспокойство, связанное с необходимостью вступать в нежелательные межличностные контакты. В связи с этим они старались избегать всяческих контактов, предпочитая уединение (Korolenko , 1988, 1,2.).

В то же время эти состояния имели разную динамику. Чаще всего они длились от 10 дней до 2–х недель. Плохими прогностическими признаками тревожных состояний являлись их задержка на срок более двух недель и неблагоприятное развитие в плане нарастания признаков. В подобных ситуациях возникала тенденция к развитию более серьёзных форм нарушений таких, как психосоматические расстройства со стойким повышением артериального давления, с возникновением заболеваний дыхательных путей. Иногда тревога переходила в состояние выраженного угнетения, которое приводило к необходимости отъезда этих людей с Севера.

Состояния тревоги часто были связаны с полярной ночью или с полярным днём. С большей частотой тревога возникала в связи с отсутствием света, в тёмные периоды года, во время полярной ночи.

В тоже время такого рода состояния были не типичны для аборигенов этих мест. Хотя, в случае переезда аборигенов на другие территории, у них наблюдались состояния, напоминающие вышеуказанные.

Тревога у человека всегда социокультурально оформлена, поэтому она очень разнообразна и зависима от конкретной личности, культуры, среды, воспитания, общественных традиций и индивидуального жизненного опыта. Культуральные детерминанты тревоги подразумевают то, что тревога основана не только на физиологических и биохимических изменениях, она требует и учёта социальных ролей, ситуаций, привычек, всех факторов, которые могут стимулировать её возникновение. Следует учитывать и то, как сама тревога влияет на межличностные отношения и поведение.

Согласно современным классификациям психических расстройств, выделяются разные виды тревоги. Так, в DSM–IV тревожные расстройства описываются в виде генерализованной тревоги; обсессивно–компульсивных нарушений, в состав которых входит тревога, сопровождающаяся атаками паники или протекающая без них; специфические фобии с фиксацией тревоги на каком–то одном событии; социальные фобии; агорафобия. Термин "агорафобия" сегодня потерял прежний смысл. Под ним понимается боязнь как закрытых, так и открытых пространств. DSM–IV относит посттравматическое стрессовое расстройство к категории тревожных расстройств, чем подчёркивается значение тревоги, как важного признака этого нарушения.

Кроме того, выделяются состояния, в которых клиника тревоги непосредственно связана с культурой. Имеется специальный термин, отражающий эту связь – *«синдром, связанный с культурой»*. Например, состояния, получившие название синдрома "Пиблёкто", возникающие у народов Арктики. В южных регионах Полинезии, встречается синдром "Коро". Связь тревоги с культуральными факторами подтверждают и различные состояния, связанные с синдромами овладения духами у тюркских народов Сибири.

В современных психиатрических словарях, например, в Оксфордском (Campbell, 1981) выделяют различные субтипы тревоги такие, как сигнальная, эго–тревога и пр. *Kaplan с соавторами (1994) определил тревогу, как чувство опасения, вызванное ожиданием опасности, могущей исходить извне или изнутри.* Аналогичное определение тревоги даётся в современных психиатрических словарях.

Психиатры пытаются категоризировать тревогу, основываясь на различном понимании её этиологии. Одни авторы придерживаются этиологической модели в рамках психодинамики, (например, выделяемая психоаналитиками, кастрационнная тревога); другие связывают тревогу с общим медицинским состоянием, связанным, например, с гипертиреоидизмом или с синдромом отнятия при употреблении наркотиков.

Современная психиатрия выходит за рамки описания тревоги, как синдрома, протекающего одинаково у всех и везде. *Социодинамическая психиатрия подчёркивает значение в возникновении этих состояний социокультуральных факторов.*

Во многих азиатских популяциях, в Индии, например, тревога, связанная со страхом остаться незамужней, приводит к особому виду обсессивно–компульсивного поведения.

В современной психиатрической литературе всё чаще встречается синдром, описанный Ficarotto (1990), названный гомофобией, или эротофобией, проявляющийся тревогой, связанной со страхом перед гомосексуалистами. Этот симптом обусловлен определённой социополитической обстановкой и связан со страхом заразиться спидом.

Влияние культуры может найти отражение в способах проявления тревожных симптомов. Например, Okasha с соавторами (1994) исследовали проявления обсессий и компульсий в Египте и Великобритании. Авторы обнаружили, что в Великобритании обсессии были преимущественно связаны со стремлением к тому, чтобы «всё было в порядке», каждая вещь занимала отведённое для неё место. В Египте же обсессии касались в основном религиозных обрядов, включающих в себя особый вид обмывания и соблюдение ритуальной чистоты. Египтяне молятся пять раз в день с предварительным проведением ритуального очистительного процесса. Возникновение у них навязчивости связано с ощущением того, что ритуал выполнен недостаточно правильно. В Великобритании же в большей степени был представлен страх контаминации.

Японская форма социальной фобии «taijin kyofusho» является ярким примером влияния культуральных факторов на содержание тревоги. В отличие от «американо–европейской» социальной фобии, при которой пациенты избегают социальных контактов в связи со страхом быть осмеянными и униженными, японские пациенты испытывают страх причинить неприятности другим людям, вызвать у них отрицательные чувства своим плохим видом, неухоженностью, неадекватными эмоциональными реакциями. Такое содержание социальной фобии отражает значение, которое придаётся представлению себя в обществе в Японии (Kirmayer, 1991).

Культуральные влияния выступают отчётливо при панических расстройствах в Катаре. Они характеризуются тем, что пациенты испытывают не страх смерти, а страх того, что произойдёт с ними после в связи с недостаточно сильной верой (El– Aslam, 1994).

Тревога возникает при аккультуризационном стрессе. Так, например, при переезде аборигенов Таймыра в города они чувствовали себя очень дискомфортно, у них возникала апатия, депрессия, злоупотребление алкоголем. Особая ситуация возникала у детей, отданных учиться в школы–интернаты, расположенные в других городах. Такие дети с трудом адаптировались к новым условиям. После того, как они возвращались к родителям на каникулы, или после окончания школы, у них возникал новый период дезадаптации. Проявления аккультуризационного стресса наблюдались у аборигенов Аляски в связи с потерей необходимости заниматься традиционной, жизненно необходимой деятельностью. Получив за проданную в связи со строительством нефтепровода землю значительную денежную компенсацию, они стали приезжать в

города и алкоголизироваться. Пребывая в состоянии алкогольного опьянения, многие из них замерзали на улицах города. Местные власти организовывали специальные службы для спасения их от обморожений и проведения дезинтоксикации.

Аккультуризационый стресс часто возникает при встрече с новыми культурными условиями при одновременной необходимости заниматься привычной работой. Может возникнуть тревога, связанная с экзистенциальным вакуумом, потерей смысла жизни и психологическим дискомфортом. Резкие изменения условий жизни человека почти всегда приводят его к развитию тревожных состояний.

С точки зрения социодинамической психиатрии, каждый синдром, в том числе и тревога, должен быть оценен с учётом психологического и социокультурного компонентов.

Учет этих факторов позволяет оказывать пациентом квалифицированную психокоррекционную помощь. Акцент в лечении только на психофармакологическое лечение себя не оправдывает, так как возникает лишь кратковременный эффект, тревожное состояние возникает снова, если не устранены основные психологические причины, его вызывающие.

Генерализованное тревожное расстройство

В DSM–III–R подчёркивается, что генерализованное тревожное *расстройство выражается в нереалистической, выраженной тревоге или озабоченности в отношении двух или более жизненных обстоятельств.* Например, озабоченность возможной неудачей, финансовой несостоятельностью, страхом того, что с близкими может что-нибудь случиться и пр. Достаточно объективные данные для обоснования тревоги отсутствуют. Согласно критериям DSM–III–R, тревога должна длиться от шести месяцев или дольше, и в течение этого периода в состоянии человека «плохих» дней больше, чем «хороших». Содержание тревоги у детей и подростков чаще всего связано с успеваемостью, исполнением ими социальных ролей. В DSM–III–R этот вид расстройства характеризуется 18-ю признаками, а в DSM–IV– только шестью, что значительно упрощает диагностику этого состояния.

Признаками генерализованного тревожного расстройства, согласно DSM–IV, являются следующие:

1. 1.беспокойство, или чувство «загнанности в угол»;
2. 2.быстрое наступление усталости;
3. трудность концентрации внимания, чувство «пустоты» в голове;
4. раздражительность;
5. мышечное напряжение;
6. нарушение сна.

Вышеперечисленные признаки выступают на фоне эксцессивной тревоги и нереалистической озабоченности, проявляющихся в течение, по крайней мере, шести месяцев. Тревога и озабоченность касается определённого числа событий и активностей, включающих в себя работу, обучение, социальные функции и т. д.

Паническое расстройство

Основной характеристикой панического расстройства, согласно DSM–IV, является *наличие рекуррентных неожиданных приступов паники с последующим, по крайней мере, одномесячным периодом постоянной обеспокоенности по поводу возможности повторения приступа*. Типична озабоченность возможными осложнениями или последствиями приступов паники, или значительными изменениями поведения, связанными с приступами. Эссенциальной чертой приступа паники является дискретный период интенсивного страха или дискомфорта, сопровождающийся, по крайней мере,

четырьмя из тринадцати соматических или когнитивных симптомов, которые развиваются внезапно и достигают пика в течение 10 минут. Эти *симптомы могут включать*:

1. пальпитацию, ускоренное сердцебиение;
2. потливость;
3. тремор;
4. укороченное дыхание;
5. чувство удушья;
6. боль или чувство дискомфорта в области груди;
7. тошноту или беспокойство в области живота;
8. ощущение головокружения, неуверенности, слабости;
9. дереализацию или деперсонализацию;
10. страх потерять контроль над собой или сойти с ума;
11. страх смерти;
12. парестезии, ощущение онемения или ползания мурашек;
13. бросание в холод или в жар.

Приступы паники могут возникать при различных тревожных расстройствах (паническое расстройство, социальная фобия, специфическая фобия, посттравматическое стрессовое расстройство).

Приступы паники делятся на:

а) неожиданные, спонтанные, не связанные с ситуационным фактором;

б) ситуационно обусловленные;

в) ситуационно предрасположенные, (возникающие с большей вероятностью, но не обязательно в определённых ситуациях).

Для диагностики панического расстройства (с или без агорафобии) необходимо *возникновение неожиданных приступов паники.* Ситуационно обусловленные приступы паники характерны для социальной и специфической фобий.

Ситуационно предрасположенные приступы паники наиболее часто встречаются при паническом расстройстве.

Одноразовый приступ паники при паническом расстройстве может пройти для человека бесследно, но если такие приступы повторялись несколько раз, в сознании такого человека укореняется страх повторения следующих приступов с уверенностью в их обязательном наступлении.

Для диагностики панического расстройства, согласно критериям DSM–III–R, требовалось наличие четырех приступов паники, происшедших в течение четырех недель, или одного приступа и месяца пребывания пациента в постоянном страхе, связанном с ожиданием повторного приступа. *В DSM–IV важным критерием диагностики является постоянная обеспокоенность, связанная с ожиданием повторного приступа.*

У лиц, страдающих паническим расстройством, развивается определённая тактика поведения, проявляющаяся в обращении к врачам различных специальностей, что зависит от их уровня образования и советов окружающих. Возможны обращения к психологам, представителям традиционной медицины. Нами наблюдались пациенты, прибегающие к приёму алкоголя для купирования приступов паники. Это приводило к развитию иота–формы алкогольной аддикции (Korolenko, Dikovsky, 1971).

Агорафобия

В старых руководствах по психиатрии агорафобия означала страх открытого пространства. В современном значении этот термин объединяет *страх как открытого, так и закрытого пространства*. Термин «клаустрофобия» вышел из употребления.

Агорафобия выражается в страхе нахождения в местах или ситуациях (в толпе, машине, поезде, самолёте и пр.), которые в случае необходимости трудно покинуть в силу разных обстоятельств. Невозможность может быть связана как с внешними, так и с внутренними (физическими и психологическими) причинами, вербализуемыми, например, следующим образом: «Мне трудно уйти, так как это неприлично», «Я не могу выйти из аудитории во время важного заседания». Таким пациентам свойственно наличие когнитивных конструкций типа «Если со мной что-нибудь случится, то в этом месте мне никто не поможет», «Я боюсь ехать поездом, так как не смогу его остановить, если со мной что-либо произойдёт». Таким образом, *агорафобия предполагает поведение избегания каких-то специфических ситуаций*. В результате агорафобии человек модифицирует свою жизнь путём избегания определённых мест и ситуаций. Например, боязнь не справиться с управлением и упасть в реку вместе с машиной, управляя ею на мосту, приводит к тому, что человек избегает ездить через мост, или доверяет управление машиной другому.

В ряде случаев человек пытается преодолеть агорафобию, сражаясь с самим собой, ценой больших психологических затрат и стрессирования.

Выделяется группа панических расстройств с агорафобией и без неё. Агорафобия может выступать без наличия в анамнезе панических нарушений, сопровождаясь реально обоснованным страхом. Например, человеку свойственны приступы страха, связанные с обоснованно подтверждаемыми клиническими данными. Возможно и сочетание сердечно- сосудистой патологии с приступами паники.

В DSM–III–R выделялись три *степени тяжести агорафобии:*

–мягкая, характеризующаяся сохранением относительно нормального стиля жизни, с возможностью легкой приспосабливаемости к агорафобии;

–средняя степень агорафобии подразумевала сужение жизненных возможностей с обязательным наличием, например, кого–нибудь, кто мог бы оказать помощь в случае возникновения приступа. При этом у пациентов сохраняется способность выхода без сопровождения на близкие расстояния, например, в соседний магазин;

–тяжёлая степень характеризовалась ограничением жизненного пространства человека пределами квартиры.

В DSM–IV введены следующие изменения в диагностические критерии. Во-первых, в этой классификации отсутствует деление агорафобии на степени тяжести и, во-вторых, термин «простая фобия», заменён на термин «специфическая фобия».

Критерий А, касающийся порога страха, необходимого для диагностики *специфической фобии,* так же изменён, что выражается в более чётких требованиях к страху, который в данном случае должен быть выраженным и необоснованным. Постоянный страх, вызванный реально существующей причиной, не является симптомом специфической фобии. *Страх называется специфическим в связи с его конкретным содержанием*. Например, страх какого-то животного, или страх заражения. Человек боится заразиться в силу теоретически постоянно существующей опасности заражения инфекцией и в этом можно видеть разумный элемент. Но если страх достигает предела, находящегося вне связи с реальностью, это– неразумный страх.

Интересен вопрос о критическом отношении к страху. В старых руководствах страх часто связывался с эпитетом навязчивости, что

должно было свидетельствовать о присутствии критики. Тем не менее, в момент наличия страха критика отсутствует. Настоящий страх её исключает. Поэтому критерий критичности к страху учитывать следует только в периоды его отсутствия.

Социальная фобия

Социальная фобия характеризуется наличием у человека постоянного страха перед одной или несколькими социальными ситуациями, подразумевающими наличие

социального контакта, в процессе которого возможно наблюдение за ним другими людьми и оценка его поведения. Страх возможной отрицательной социальной оценки и того, что человек может повести себя дискредитирующим образом, способствует появлению у носителя социальной фобии чувства унижения и смущения.

Социальные ситуации, вызывающие страх, могут касаться, в частности:

1.выступлений по радио и телевидению;

2.приёма пищи в присутствии других, с чувством стеснения и возможным поперхиванием;

3.письма в присутствии окружающих с появлением трудностей при написании и изменением почерка;

4.разговора по телефону с боязнью сказать нечто глупое или не ответить на заданный вопрос и пр.

Мысли о социальной ситуации, или непосредственное пребывание в её рамках вызывают появление тревоги. Люди с социальной фобией стараются избегать ситуаций, способных вызывать тревогу, или участвуют в них, испытывая при этом дискомфорт и тревогу. Социальная фобия приводит к хроническому стрессу, и в результате – к неблагоприятным психосоматическим последствиям.

Исследование, проведённое в Испании в период её демократизации, показало, что резкое изменение общества привело к изменению профиля заболеваемости с увеличением количества лиц, страдающих психосоматическими болезнями. Прежний стиль жизни подразумевал пребывание человека в традиционной обстановке узкого круга лиц, входящих в рамки семьи, друзей и работы, и не требовал большого социального общения. Изменение стереотипа поведения, связанного с жизнью в новом обществе, требовало большей мобильности и активности в связи с увеличением интенсивности событий, количества информации и необходимости разбираться в этом. Время, отведённое на сиесту, сократилось. Большинство населения с этим ритмом жизни справлялось, но этот период адаптации сопровождался ростом психосоматических заболеваний.

Эту модель можно перенести на модель социальной фобии в условиях современного общественного развития. Социальная фобия часто скрывается человеком. Она более свойственна интровертам, вынужденным преодолевать свою интроверсию в новых ситуациях, требующих расширения социального общения.

Дифференциация личностного расстройства избегания с социальной фобией затруднена. *Если социальная фобия носит скрытый характер и длится всю жизнь, в этом случае речь идёт о личностных особенностях.* Поведение избегания приводит к тому, что человек на уровне бессознательного модифицирует свою деятельность, создаёт систему предпочтений, которые могут быть трудно объяснимыми. Человек не может ответить на вопрос, почему он поступает таким образом, так как не всегда это им осознаётся.

При социальной фобии остаётся понимание чрезмерности и неразумности страха, но, скорее, не в момент нахождения в социальной ситуации, а перед вхождением и после выхода из неё.

Большое количество социальных ситуаций, являющихся содержанием генерализованной социальной фобии, часто приводит к невозможности её дифференциации с личностным расстройством избегания, в связи с *этим в некоторых случаях правомерен двойной диагноз «социальная генерализованная фобия и личностное нарушение избегания».*

Соматоформное расстройство

Дисморфофобическое нарушение проявляется в сверхзанятости сознания, мыслей и чувств человека определённым воображаемым дефектом в его внешнем виде. С «объективной» точки зрения, у этих людей отсутствует обращающий на себя внимание

дефект. В одних случаях, дефекта может вообще не быть, в других – может иметь место мало выраженное нарушение, но реакция человека на имеющееся у него изменение чрезвычайно преувеличена. Уверенность в наличии дефекта не носит бредового характера, более того, пациенты теоретически могут признавать преувеличение своей оценки, что, однако, не мешает их фиксированности на ней.

Выделение этого нарушения в виде соматоформного расстройства производится для того, чтобы наличие такого рода фокусировки внимания не «соблазняло» психиатров сразу же подозревать наличие у таких людей эндогенного нарушения. Психическое расстройство может исчерпываться только этим нарушением и к нему не следует «привязывать» другие расстройства, которые могут возникать вторично. Например, фиксация человека на воображаемом дефекте приводит к появлению у него чувства неловкости в каких-то ситуациях. Возникает социальная изоляция, внешне выглядящая как социальная фобия. Опасность заключается в том, что специалист диагностирует дисморфофобию, думая о возможной её связи с шизофренией, а изолированность от общества связывает с наличием у пациента первичного эмоционально–волевого расстройства. То есть, вторичное расстройство принимается психиатром за первичное. *Существующая установка в диагностическом мышлении психиатров, таким образом, может приводить к диагностическим ошибкам*. Клиническая практика свидетельствует, что у большого количества пациентов, страдающих дисморфофобическим нарушением, состояние исчерпывается только этими симптомами, со временем проходит, и даже при длительном течении не приобретает злокачественного характера.

В рамках соматоформного нарушения выделяются болевое соматоформное нарушение. Критерием является «занятость» пациентов болью, по крайней мере, в течение шести месяцев. Соответствующие обследования не обнаруживают ни органической патологии, ни патофизиологических механизмов, которые могли бы объяснить эту боль. Представляется возможным выделить группу пациентов, у которых диагностируется органическая патология, но жалобы на боль и связанные с ней нарушения в личной и социальной жизни выходят за рамки того, что можно было бы ожидать, основываясь на обнаруженном органическом факторе.

Диссоциативное нарушение

Диссоциация выражается в отщеплении кластеров психических содержаний от их присутствия в сознании. Эти содержания, таким образом, не осознаются пациентами, хотя и оказывают влияние на психическое состояние, соматические характеристики и поведение. Диссоциация может проявляться в отделении определенной идеи от ее эмоционального значения, соответствующего ей аффекта. Последний вариант наблюдается в неадекватной эмоциональной реакции на содержание мышления у пациентов, страдающих шизофренией.

Согласно DSM–IV, эссенциальной чертой диссоциативного расстройства является нарушение интеграции между обычно «интегрированными функциями сознания, памяти, идентичности или восприятия окружающего». Расстройство может развиваться постепенно или возникать внезапно, носить преходящий или длительный характер.

В современной психиатрии термин «истерический невроз» заменен на диссоциативное и конверсионное расстройства.

Ещё в XIX веке Janet обратил внимание на то, что при большой представленности психических нарушений психические процессы могут быть отделены от основного потока сознания. Диссоциация возникает в результате того, что ослабленному организму не хватает сил на то, чтобы полностью осознать происходящее. Требуется отделение от сознания некоторых психических элементов. Автор фокусирует внимание на отделении

воспоминаний, когнитивных конструкций, полагая, что это происходит помимо воли, и относится к диссоциации как к пассивному процессу.

Breuer (1895), обращая внимание на значение «гипноидных состояний», возникающих спонтанно, без гипноза, во время которых происходит расщепление психики, заключил, что при аутогипнозе в бессознательном создаётся особая область, в которую погружаются диссоциированные идеи и переживания. Автор предлагает концепцию активности процесса. В *отличие от пассивного толкования Janet, Breuer утверждал, что диссоциация связана не со слабостью пациентов, а, наоборот, слабость появляется как результат расщепления.*

Freud *описывал диссоциацию как активный процесс психологической защиты, связанный с подавлением угрожающей для сознания информации, имеющей неприемлемое значение для пациента.* Freud подчёркивал важность неприемлемых идентификаций, во время которых человек идентифицирует себя с неподходящим для него отрицательным образом, противоречащим его ego и superego. Таким образом, репрессированная информация становится недоступной для психики, поскольку ее наличие в сознании является угрожающей для ego.

Современные аналитики часто ставят знак равенства между расщеплением и диссоциацией. Berman (1981) и Marmer (1980) *трактуют расщепление как защитный механизм, как выражение преэдипальных нарушений развития.* Предложенная авторами концепция повлияла в дальнейшем на создание теории нарушений идентичности, или множественной личности.

Hilgard (1986) предложил *неодиссоциационную теорию*, согласно которой психические функции могут регулироваться множественными системами контроля, не всегда понятными сознанию. Приводя примеры, подтверждающие наличие феномена «скрытого наблюдателя», автор описывал явления, при которых некоторые гипнабельные пациенты не воспринимают боль, находясь под влиянием гипнагогической суггестии. Какая-то часть психики пациента «наблюдает со стороны» за действиями специалиста. Эта наблюдающая часть фиксируется в параллельно существующей сознанию области. В связи с этим автор делает вывод о том, что понятие единства сознания иллюзорно.

Потенциальная возможность диссоциации присуща человеку в норме, базируясь на генетически заложенном в нём механизме. Возможен анализ с этой точки зрения панических и тревожных расстройств. Например, кастрационная тревога с точки зрения Freud′a, выходит за пределы комплекса кастрации, свойственной Эдипальному периоду. Формирование фобических симптомов описано Freud′ом (1909,1926) в работе «Ингибиция симптома и тревога». Автор рассматривает в качестве примера фобию у пяти летнего мальчика, боявшегося лошадей. С точки зрения Freud′a, фобия была симптомом неразрешимого бессознательного Эдипального конфликта. Freud полагал, что мальчик сексуально стремился к матери, но боялся наказания, выражающегося в возможной со стороны отца кастрации. Возникший неприемлемый, с точки зрения морали, конфликт между стремлением к матери, ненавистью к отцу, чувством вины по отношению к отцу и страхом наказания запечатлился в сознании мальчика. В последующем этот страх был перемещён на внешний объект, которого можно избежать. Боязнь лошадей в дальнейшем помогала мальчику избегать тревогу, вызванную как *интрапсихическим конфликтом* (осуждением себя), так и реальной внешней опасностью (злостью со стороны отца). Генерализуя это наблюдение, Freud высказал идею о *возникновении фобических симптомов как части разрешения конфликта между импульсами либидинальной и агрессивной гратификации и признанием ego потенциальной внешней опасности, которая может последовать за удовлетворением своих желаний.* Мобилизованное сигналом тревоги и действующее согласно принципу получения удовольствия ego

использует подавление и перемещение для того, чтобы избежать тревоги, связанной с *внутрипсихическим конфликтом* и потенциальной внешней опасностью. И, поскольку, жизнь с постоянным ощущением страха тяжела, происходит разрешение конфликта за счёт фиксации на внешнем объекте, с которым можно и не встречаться.

Klein (1964, 1981) выдвинула этиологическую теорию, согласно которой агорафобия с приступами паники представляет собой аберрантную (отклоняющуюся) функцию психологического субстрата, лежащего в основе нормальной для человека тревоги отделения (страха покинутости). Привязанность ребёнка к матери – это генетически программированное и биологически детерминированное явление. От 20 %до 50 % взрослых людей, страдающих агорафобией с паническими расстройствами, чётко вспоминают выраженные симптомы патологической тревоги покинутости. Эта тревога проявляется в школьной фобии, боязни ходить в школу из-за страха больше не увидеть свою мать, в силу того, что во время отсутствия с ней может что-нибудь случиться. Klein обратила внимание на то, что инициальная атака паники у таких пациентов была связана с реально существующей или угрожающей потерей отношений с эмоционально значимым для пациента человеком .

Gittelman–Klein, Klein (1971) обратили внимание на наличие связи между атаками паники у взрослого человека и наличия тревоги покинутости, имеющей место в детстве.

Главной чертой диссоциативного нарушения является расщепление интегрированных в норме таких психологических функций, как сознание, память, идентичность и восприятие окружающей обстановки. Диссоциативное нарушение может иметь как внезапное, так и постепенное начало, быть преходящими или носить хронический характер.

В DSM–IV, в отличие от DSM–III–R, присутствуют несколько иные определения конкретных видов нарушений. Термин «психогенный» исключается и заменяется на термин «диссоциативный». Так, представленные в DSM–III–R термины «психогенная амнезия, психогенная фуга и множественные расстройства личности», заменены в DSM–IV на «диссоциативную амнезию, диссоциативную фугу и диссоциативное нарушение идентичности».

Диссоциативная амнезия выражается в неспособности вспомнить важную для личности информацию, которая обычно носит стрессовый, психотравмирующий характер. Амнезия настолько выражена, что её нельзя объяснить обычной забывчивостью. При этом виде нарушения специалисты встречаются с парадоксом, согласно которому важное и тяжёлое по своему характеру событие не помнится, а помнится мелкая, ничего не значащая для человека информация. Диссоциативная амнезия является состоянием, которое часто встречается в традиционных пресовременных обществах. Клинические проявления отражают локальную мифологию, включая идеи колдовства, порчи или овладения духами и сочетаются с другими симптомами культурально обусловленных расстройств (например, Амок в Малайзии).

Диссоциативная фуга проявляется внезапным неожиданным перемещением из дома или из привычного для человека места, например, с работы, сопровождается невозможностью вспомнить имевшие место события, спутанностью в отношении личностной идентичности, что может иногда сопровождаться появлением черт новой идентичности. Состояние фуги сопровождается путешествием, вызванным стремлением человека к передвижению. Поведение человека, уходящего с работы, из дома, или покупающего билет и садящегося, например, в поезд, выглядит внешне естественно и адекватно. Общение с таким человеком во время фуги малопродуктивно в плане получения от него достоверной информации о себе и других вещах. Диссоциативная фуга может входить в структуру связанных с культурой синдромов в традиционных обществах. Так, например, у индейцев мискито в Центральной Америке наблюдается состояние,

называемое «гризи сикнис». Гризи сикнис характеризуется трансом, убеганием из дома и последующей амнезией. Люди в этом состоянии представляют социальную опасность для себя и окружающих в связи с ауто и гетероагрессивным поведением (Dennis, 1985).

Деперсонализационное нарушение, входящее в структуру диссоциативных нарушений, выражается в постоянном или возвращающемся рекуррентном чувстве отделения человека от собственных психических процессов или чувстве отделения от тела. Представляет интерес сохраняющаяся при этом правильная оценка реальности. Во время отделения человека от его психической деятельности он оказывается в состоянии внешнего наблюдателя за своими психическими процессами. При этом нарушении могут возникать переживания чувства автомата, или ощущения участника сновидений. В состоянии отделения от тела пациенты наблюдают своё тело со стороны, «находясь» от него обычно на близком расстоянии, например, в той же комнате, «видят» себя лежащими на диване. Деперсонализация в традиционных обществах диагностируется в рамках связанных с культурой синдромов, относящихся к овладению духами. В то же время деперсонализация является основой некоторых религиозных переживаний и специально вызывается, например, при процедурах медитации.

К сожалению, деперсонализационное нарушение изучено недостаточно. Деперсонализационные переживания в качестве самостоятельного расстройства не должны являться симптомом другого нарушения, например, шизофрении, агорафобии или состояния, наблюдающегося при височной эпилепсии .

Диссоциативное личностное расстройство представляет собой современный синдром (Castillo, 1997) и не обнаруживается в традиционных пресовременных обществах. В то же время этому расстройству в пресовременных обществах в определенной степени эквивалентны состояния, когда в результате диссоциации человек превращается в духа, демона, бога и др.

Конверсионное расстройство

Этот вид расстройства заключается в потере или нарушении физического функционирования, что способствует появлению мнения о наличии физического органического расстройства. Психологический фактор оказывается этиологически связанным с такого рода симптомом, существует временная связь между психологическим стрессором (конфликтом) и нарушением. Речь идёт о проекции психологического конфликта на физическую симптоматику, которая становится эквивалентом психологического нарушения. Пациент не понимает этого на уровне сознания, поэтому неправомерно полагать, что он сознательно продуцирует симптомы физического расстройства. Содержание психологического конфликта остаётся вытесненным в бессознательное.

Конверсии могут иметь самые разнообразные проявления, выражаясь в нарушении движения, походки, чувствительности, зрения, слуха, болевой чувствительности и др.

Ипохондрическое расстройство

Ипохондрическое расстройство заключается *в сверхзанятости страхом наличия серьёзного заболевания.* Убеждённость в реальности такого заболевания основывается на интерпретации различных ощущений, идущих из тела и рассматриваемых пациентами как доказательство наличия соматической болезни. Оценка соматического статуса пациента с ипохондрическим расстройством не даёт достаточных оснований для установления конкретного диагноза любой соматической патологии, на основании которой можно было бы объяснить соматические жалобы, ощущения и интерпретации.

Интересен парадокс, заключающийся в том, что, несмотря на отсутствие данных, позволяющих диагностировать наличие определённого соматического заболевания, пациентов нельзя полностью убедить в отсутствии этого заболевания.

Согласно классификации DSM–IV, длительность этого нарушения составляет, по крайней мере, шести месяцев. Важным диагностическим моментом является то, что убеждённость человека в наличии у него соматического заболевания не носит бредовой интенсивности. Человек с таким расстройством может в какой-то степени признавать недостаточную обоснованность собственных страхов, касающихся наличия у него тяжёлой болезни.

Ипохондрическое нарушение, выходя за рамки самостоятельного расстройства, может выступать в рамках аффективных нарушений, как, например, ипохондрическая депрессия, характеризующаяся длительным течением. Разница заключается в том, что *ипохондрическая депрессия, протекающая в рамках аффективных психозов, и ипохондрическое расстройство основываются на качественно иных ощущениях, идущих из тела.* Эти ощущения при ипохондрической депрессии являются соматическими галлюцинациями и проявляются в виде необычного жжения, горения, парестезий, локализованных внутри различных органов, в том числе и тех, которые в норме не ощущаются. Такие галлюцинации вне аффективного расстройства не наблюдаются. *Ипохондрическое расстройство при аффективных нарушениях носит бредоподобный или вторично– бредовый характер,* поскольку строится на очень выраженных и необычных ощущениях. Эти ощущения могут возникать и при противоположных состояниях, например, при эйфории, протекая особенно необычно в рамках редкого нарушения, называемого *ипохондрической эйфорией*. При этом жалобы пациентов на необычные ощущения, идущие из собственного тела, высказываются на фоне слегка повышенного настроения. Ипохондрические расстройства могут возникать и в структуре шизофренического процесса.

Факцисиозное расстройство

Факцисиозное расстройство характеризуется намеренным продуцированием пациентами определённых симптомов заболевания. Такого рода нарушения целесообразно дифференцировать от симулятивного поведения. Факцисиозное расстройство отличается от симулятивного целями, которые преследует человек. Пациент с факцисиозным расстройством, продуцируя признаки заболевания, не стремится получить экономическую выгоду или получить какие-либо другие привилегии в широком смысле этого слова не старается избежать наказания. *Симулятивный пациент отличается от факцисиозного наличием вполне определённой на данный момент цели*, например, стремлением избежать судебной ответственности, или получить какие-то привилегии. Если пациент симулирует наличие психического заболевания, чтобы быть признанным невменяемым в связи с правонарушением, то при разрешении ситуации и направлении его в психиатрическое учреждение, он делает всё возможное для того, чтобы скорее оттуда уйти. Таким образом, *цели, преследуемые симулятивным пациентом, множественны, реализуются им в зависимости от ситуации и меняются на другие. Цель факцисиозного пациента не меняется, составляя аксиальную ось его жизни.*

Специфика цели факцисиозных пациентов заключается в продуцировании ими симптомов заболевания только для того, чтобы их считали больными со всеми вытекающими отсюда последствиями. Они стремятся к возможности выполнять роль больного. *В классификации DSM–IV выделяется три типа факцисиозного расстройства, при которых у пациента имеют место симптомы*

–психологического характера,

–физического характера,

–смешанные симптомы.

Пациенты, страдающие такими нарушениями, способны воссоздавать разнообразные и сложные картины, соответствующие той или иной степени различных заболеваний. В связи с хроническим течением нарушения, по мере развития жизни в рамках этого нарушения, совершенствуется «мастерство» пациентов в продуцировании симптомов различных болезней. Если в начале факцисиозной «карьеры» поведение пациентов отличалось примитивностью и неловкостью, то в дальнейшем они становятся изобретательными профессионалами.

Психологические симптомы включают невротические симптомы навязчивости, тревожности, страхов определённого содержания, депрессивные симптомы, при которых пациенты либо отмечают наличие у них суицидных мыслей или, наоборот, специально не фиксируют на них внимания. Практика показывает, что опытные пациенты, говоря о наличии у них суицидных мыслей, заявляют о них не прямо, а косвенно, обычно отвечая на заданный им вопрос, как бы не привлекая к этому внимание. Они держат эти мысли «про запас», излагая их в случае необходимости.

В факцисиозной деятельности могут использоваться и признаки более выраженных психических нарушений такие, например, как слуховые и зрительные галлюцинации. Пациенты способны рассказывать о наличии у них сложных психопатологических переживаний, носящих фантастический характер. Для них характерна естественность в изложении жалоб, чтобы никто из персонала не заподозрил специального продуцирования симптомов. При возникновении подозрения, направленного в их адрес, они порывают контакты с определённым врачом, переходя из одного лечебного учреждения в другое. Переезжая в другой город, они быстро входят в роль больного, стараясь и здесь получить привилегии больного.

Анамнез жизни пациентов показывает наличие у многих из них близкого человека, госпитализированного по поводу психического заболевания. Входя в роль больного, он воссоздаёт картину болезни, виденную им у родственника. С психодинамической точки зрения между пациентом и человеком, черты психического заболевания которого он воссоздаёт у себя, имеется сильная эмоциональная связь. Психодинамически ориентированные психиатры усматривают в этом процессе желание идентифицировать себя с близким человеком и таким образом ещё теснее «воссоединиться» с ним. Для таких пациентов характерно слабо развитое чувство идентичности, нарушение представления о себе.

Если пациент работает в области медицины или прилегающей к ней областях, он воссоздаёт увиденные им во время работы картины.

Продуцирование *физических симптомов* приводит к госпитализации таких пациентов в соматические клиники, пребывая в которых они предъявляют разнообразные жалобы на боли в области желудка, приступы почечно-каменной болезни и др. Действия таких пациентов чрезвычайно разнообразны и зависят от конкретной болезни, которую они воссоздают, например, добавление крови в мочу, тайный приём антикоагулянтов. Обращаясь к невропатологам, они предъявляют жалобы на головокружение, головные боли, мышечную слабость, не гнушаясь при этом использованием различных психофармакологических препаратов, транквилизаторов, снотворных, нейролептиков для того, чтобы продуцировать неврологические проявления.

Пациенты избирательны в своём отношении к предлагаемой им терапии. Часть лекарств они могут принимать, а часть–выбрасывать, оценивая степень действия препарата. В условиях стационара они стараются грубо не нарушать режим, чтобы не обратить на себя лишнего внимания.

Пациенты с этими расстройствами избегают разговоров о причинах своего поведения, стараясь не общаться с человеком, задающим такие вопросы. Им и самим трудно объяснить причину выбора для себя такого пути.

Психодинамическое объяснение причины возникновения факцисиозного расстройства исходит из значения раннего опыта, полученного этими людьми ещё в

детском возрасте. Например, ребёнок, воспитывается в жёсткой обстановке, характеризующейся повышенной требовательностью, необходимостью соблюдать определённую дисциплину и постоянно отвечать за свои поступки. Такой стиль воспитания для некоторых детей сложен и, порой, трудновыполним. В то же время ребёнок отмечал, что в случае возникновения у него заболевания, отношение к нему родителей менялось. Жёсткость «превращалась» в мягкость, его окружали заботой, вниманием и ласковым отношением, отпадала необходимость выполнять трудные обязанности и жёсткие нормы поведения. Получаемые ребёнком привилегии были очень значимы для него. Так постепенно формировалась конструкция о том, что *болезнь даёт большие привилегии.* Главное в этих привилегиях – не экономическая выгода, а получение тёплой, эмоциональной поддержки от окружающих во время болезни. Ребёнок не мог не обратить внимание, что как только он выздоравливал, ситуация снова изменялась, привилегии исчезали. *На возникновение факцизиозного нарушения влияет не только собственный опыт, но и наблюдение за тем, как изменяется характер отношений между родителями и детьми в других семьях.*

Анализ профессиональной и семейной жизни лиц с факцисиозным расстройством показывает наличие у них плохого «послужного списка», причину которого они объясняют своей болезнью. Как правило, это одинокие люди, имеющие отнюдь не блестящую профессиональную карьеру. Они ограничивают свои возможности в жизни, отказываясь от многих вещей. Характерным для этих пациентов является частая смена места жительства, вызванная их разоблачениями (по данным стран с высоким жизненным уровнем). В условиях прежнего СССР эти пациенты концентрировались в различных санаториях, являясь их частыми пациентами.

Встречаются также лица, ищущие возможность подвергнуться диагностическим процедурам. Психологический анализ обнаруживает у них черты, свойственные мазохистической личности. Боль, которую они при некоторых процедурах испытывают, в психодинамическом аспекте служит наказанием за их прошлые прегрешения (реальные или воображаемые).

Разрозненные данные, касающиеся распространённости этих состояний, свидетельствуют о том, что они встречаются гораздо чаще, чем диагностируются.

Интерес представляет факт не только смены такими людьми места жительства, но и смены имени в целях маскировки. *Зная своё истинное имя, они сознательно называют себя вымышленными именами, создавая новую историю своей жизни, в отличие от пациентов, страдающих расстройством идентичности.*

Нарушение приспособления

В современных условиях значительная часть населения подвержена воздействию неблагоприятных социопсихологических стрессоров, способствующих появлению отдельной формы нарушений, носящей название нарушения приспособления. Если ранее считалось, что продолжительность этих расстройств является сравнительно кратковременной–шесть месяцев, в настоящее время этот срок продлён в DSM–IV, по сравнению с DSM–III–R , до одного года. Эти нарушения по своей клинической картине могут быть очень разными, с преобладанием, например, аффективных расстройств, депрессии, тревоги, реакций отказа и отчаяния с волевой и эмоциональной апатией. Возможно развитие нарушений поведения в виде гиперактивности, антисоциального, криминогенного и агрессивного поведения.

Нарушение приспособления имеет отчётливую тенденцию к росту в условиях современной России. Пациенты с этим расстройством являются частыми посетителями бюро занятости, попадают в поле зрения психотерапевтов, психологов, лечатся в отделениях неврозов. Рост пациентов с нарушениями приспособления связан с действием *таких социопсихологических стрессоров,* как выраженная экономическая поляризация

населения, безработица, непредсказуемость будущего, низкий уровень личной безопасности и социальной уверенности и др.

Нарушение приспособления оказывает значительное влияние на карьеру человека, препятствуя её реализации. Например, поглощенность ученика проблемами социального характера приводит к снижению его успеваемости; прекращение профессиональной карьеры может сопровождаться невозможностью найти в дальнейшем свою социальную нишу.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), согласно DSM–IV, развивается как результат воздействия чрезвычайного травмирующего события/событий. Пациент, страдающий ПТСР, лично пережил или был свидетелем убийств, сцен насилия, гибели близких или других людей, издевательств, угрозы физической целостности. Реакция на травмирующее событие включала интенсивный страх, чувство беспомощности, состояние ужаса.

Психотравмирующие ситуации, вызывающие ПТСР, включают, прежде всего: 1)участие в войне; 2)попадание в заложники; 3)попадание в плен; 4)бандитское нападение; 5)изнасилование; 6)нападение террористов; 7)киднэппинг; 8)природные или связанные с деятельностью человека катастрофы.

Хронические последствия психологических травм исследовались задолго до того, как в современных классификациях появился термин «посттравматическое стрессовое расстройство». Эти исследования начались в 50 годы и проводились на бывших узниках концентрационных лагерей. Последствия, связанные с пережитыми ими событиями, такими, как экзекуции, пытки, насильственный труд и голодание, описывались учёными разных стран. Так, например, Bensheim (1960) описывает в качестве хронических последствий этих переживаний страх и паранойю. Mattusek (1975) констатирует внимание на имеющее место у бывших узников тотальное недоверие к окружающим. Venzlaff (1967) подчеркивает длительность таких нарушений, связанную с хроническими личностными изменениями. Klein (1974), Arthur(1982) описывают у таких лиц депрессию и тревогу, сочетающиеся с разнообразными соматическими симптомами.

Обращается внимание на *развитие особого стиля поведения, названного Chodoff (1975) пассивным, фаталистическим личностным стилем.* Этот стиль включает в себя постоянно присутствующее чувство безнадёжности с потерей интереса к тем активностям, которые раньше доставляли чувство радости. Niederland (1964) обнаруживает наличие у таких лиц недоверия и враждебности.

Eitinger (1959) обнаружил, что количество случаев шизофрении у беженцев оказалось в 5 раз выше, чем у местного населения. В связи с этим у автора возникло предположение о возможном влиянии хронических последствий тяжёлых психических травм на возникновение эндогенных заболеваний. Eitinger (1960) обращает внимание на частоту возникающих у таких людей параноидных реакций с идеями преследования.

Krupinsky, Stoller, Wallace (1973), проводившие исследование в Австралии обнаружили, что у еврейских беженцев с выраженной доэмиграционной травмой выявлялось более низкое количество заболевших шизофренией, по сравнению с беженцами из Польши, России и Украины. Тем не менее, у еврейских беженцев имело место большее количество случаев заболевания, диагностированного как синдром концентрационного лагеря. Этот синдром проявлялся инсомнией, хронической усталостью, раздражительностью, беспокойством, тревогой, и депрессией.

Hoppe (1972), Eitinger (1980) пришли к выводу о необходимости учёта в этиологии этого синдрома не только физических, органических, но и психологических факторов. В этом контексте Frankl (1969) анализировал значение смысла жизни для

человека вообще и узников концентрационных лагерей, в частности. *Frankl считал, что главным фактором коррекции нарушения является не избавление человека от какого-то симптома этого нарушения, а подход, позволяющий человеку осмыслить то, что его жизнь имеет смысл как для него, так и для окружающих.* Эти работы, связанные с вопросами экзистенциального и морального плана, оказали существенное влияние на реабилитационные программы, проводящиеся с ветеранами вьетнамской войны (Boehnlein, 1989).

Такие реакции человека на психологическую травматизацию, как избегание мыслей и чувств, связанных с психической травмой; чувство отгороженности от других; чувство кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной проекции, входящие в структуру посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), представляют свойственный любому человеку ответ на тотальное когнитивное нарушение, связанное с ощущением разрушения привычного порядка, потерей смысла жизни, разрушения стабильной системы, объединяющей людей и специфической для каждого этноса.

В результате более современных исследований (Mghir с соавторами, 1995) была обнаружена положительная корреляция между психической травмой и развитием различных психических патологий у афганских беженцев в США.

Эпидемиологические исследования вьетнамских беженцев в США, проведённые Gong–Guy (1987), выявили высокие уровни их стрессированности и нуждаемость в психиатрической помощи. Преобладающим симптомом, являющимся серьёзной клинической проблемой, являлась депрессия, нарушающая психосоциальное функционирование и социопсихологическую приспособляемость (Westermeyer, 1985).

ПТСР описано у беженцев из Юго–Восточной Азии, переживших камбоджийские концентрационные лагеря (Kinzie,1989). Mollica с соавторами (1990) сообщали, что у 50% беженцев из Юго–Восточной Азии в США обнаружено ПТСР.

Westermeyer с соавторами (1989) подходят к вопросу о длительности ПТСР дифференцированно с выделением отдельных признаков ПТСР и их длительности. Авторы установили, что некоторые симптомы как, например, депрессия и соматические признаки имеют тенденцию к уменьшению со временем, по мере аккультуризации в другой стране, в то время, как тревожность, враждебность, паранойя не претерпевают *существенных изменений, связанных со временем.*

Moore и Boehnlein (1991), исследуя беженцев культуры Миен из Лаоса, обращают внимание на то, что депрессия в структуре ПТСР может быть устранена достаточно легко при использовании психофармакологического лечения. Однако, другие симптомы остаются и инвалидизируют пациентов, несмотря на отсутствие депрессии.

Исследование, проведённое Sack с соавторами (1995) в США, касающееся двух поколений камбоджийских беженцев, не являющихся пациентами психиатрических учреждений, выявило, что признаки , характерные для ПТСР, продолжаются очень долго, хотя депрессия носит менее хронический характер и развивается эпизодически под воздействием социальных ситуаций. По мнению авторов, специалистам стран, предоставляющих убежище беженцам, следует учитывать воздействие на этих людей конкретных факторов, в связи с тем, что *некоторые из них способствуют снижению степени выраженности травматических переживаний, а другие–могут обострять и оживлять эти переживания*. К последним, например, относятся: наблюдение за несчастными случаями непосредственно или по телевидению; упоминание о преступности; юбилеи, связанные с военными действиями и напоминающие о пережитом.

Большое значение в коррекции этих состояний имеет поддержка семьи и специально созданных социальных групп. Негативное влияние на терапию оказывают потеря связи с родственниками, отсутствие прежней семьи и языковые затруднения.

Основные характеристики ПТСР включают:

(1) повторное переживание психической травмы во время бодрствования и в сновидениях;

(2) недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других аспектах жизни;

(3) признаки нестабильности, депрессии и когнитивных нарушений (отвлекаемость на внутренние ассоциации, плохая концентрация внимания и др.)

Синдром ПТСР полностью развивается через некоторое время после травмы. Задержка во времени развития может быть короткой, например, одна неделя и очень длинной, затягивающейся на годы (согласно Kaplan, Sadock, 1991, до 30 лет). Авторы указывают, что приблизительно 30% пациентов выздоравливают, 40% проявляют лёгкие симптомы, 20%–умеренные и 10% остаются без изменения, или их состояние ухудшается.

Хороший прогноз предопределяют быстрое развитие нарушений, их короткая продолжительность (несколько месяцев); отсутствие психических травм в преморбиде, а также сопутствующего психического или другого заболевания; наличие реальной социальной поддержки.

За период времени, прошедший между принятием двух классификаций DSM–III–R и DSM–IV, произошли некоторые изменения, касающиеся описания стрессовых переживаний как находящихся *«вне размеров нормальных человеческих переживаний».* Исключение этой фразы связано с её неточностью, так как в настоящее время констатируется наличие значительного количества подобных стрессоров. В DSM–IV подчёркивается, что личностный ответ на стрессор должен включать интенсивный страх, беспомощность или ужас. Вводится понятие острых (длительность состояния менее 3 месяцев) и хронических (длительность от 3 месяцев и дольше) спецификаторов.

Выделяется спецификатор отложенного по времени возникновения ПТСР, возникающего спустя шести месяцев после травмы.

Введено отсутствующее в DSM–III–R *«острое стрессовое расстройство»,* возникающее непосредственно после или во время действия самой психической травмы и длящееся от двух дней до четырех недель после завершения травматического события. Если симптомы продолжаются более одного месяца, правомерен диагноз ПТСР, который не ставится в случае продолжительности симптомов менее одного месяца.

К возникновению ПТСР, наряду с предшествующей психической травмой, предрасполагает наличие определённых травмирующих ситуаций в детском возрасте. Компенсация переживания событий, происшедших в детском возрасте, срывается под воздействием большого психогенного фактора.

К характерным признакам ПТСР относят переживания событий, связанных с травмой, что, несмотря на их вытесненность из сознания, проявляется в ночных кошмарах и сновидениях. При столкновении с событием, звуком, запахом и пр, чем-то напоминающим вытесненную из сознания ситуацию, также может происходить внезапный прорыв этого события в сознание. При этом нарушается контакт с реальностью, появляется неадекватное поведение, которое может представлять социальную опасность как для носителя расстройства, так и для окружающих. Поэтому, хотя отнесение ПТСР в целом к разделу непсихотических нарушений не вызывает сомнения, но потеря контакта с реальностью, возникающая во время вышеперечисленных состояний, позволяет отнести проявления ПТСР в эти периоды к психотическим нарушениям. Этот факт имеет непосредственное практическое значение, обусловленное совершаемыми такими лицами правонарушениями. Возникающие состояния могут быть как сравнительно короткими, так и более продолжительными. Известен случай, иллюстрирующий пример кратковременного ПТСР, во время которого носитель этого расстройства «свернул» шею подошедшему к нему сзади знакомому, который, решив пошутить, закрыл ладонями его глаза. При более длительном

расстройстве человек в течение определённого периода планирует агрессивные действия в состоянии суженного сознания.

Эмоциональные реакции лиц с ПТСР отличаются от реакций, имеющих место до возникновения этого нарушения. Эти изменения касаются отсутствия тонкостей нюансировки и сильной выраженности эмоций. Согласно Jung'у, эмоции, вытесненные в бессознательное, характеризуются тем, что они «не оттачиваются и не отшлифовываются».

Лица с ПТСР подавляют эмоции, возможный «выброс» которых осуществляется в брутальной форме. В обыденной жизни таких людей характеризует стремление к минимизации в использовании эмоций. Им присущ бессознательный страх «включения» эмоциональной сферы в связи с предполагаемой деструктивностью.

Лица с ПТСР избегают ситуаций, потенциально способных напомнить им переживания, которые они испытали. Для них характерен уход от длительного планирования, в связи с отсутствием настроенности на длительную жизнь.

Наличие этих расстройств у лиц молодого возраста особенно деструктивно в связи с появлением дополнительных условий, способствующих появлению различных аддикций химического характера.

Коррекция ПТСР может быть более эффективной, если учитывается система культуральных ценностей пациентов, особенности семейных отношений, религиозные верования. Особенно важен анализ умения пациентов справляться с потерей и скорбью в социальном плане, наряду с реальной помощью найти новую точку «кристаллизации», обрести снова смысл жизни. Проведение таких коррекций в группах помогает пациентам на фоне взаимной эмоциональной поддержки реинтегрироваться в обществе (Boehnlein, Sparr, 1993).

В России в течение длительного времени (до 1999г.) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) не выделялось как отдельное нарушение и создавалось впечатление, что термин несет иную смысловую нагрузку.

Как уже указывалось, ПТСР возникает у человека, который пережил событие, выходящее за рамки обычного человеческого переживания, имеющее отчетливо стрессовый характер для каждого. Этот последний компонент очень важен, т.к. в настоящее время многие специалисты проявляют тенденцию расширять понятие ПТСР, например, диагностировать его у лиц, которые перенесли обычную психическую травму. Эта тенденция может привести к тому, что границы ПТСР будут расширяться, и оно будет потеряно как четкая нозологическая единица.

Сущность ПТСР заключается в том, что, несмотря на то, что событие свершилось, через какой-то период выжидания развивается постоянное повторное переживание травмирующих психику фрагментов, связанных с перенесенной травмой. Они как бы восстанавливаются в сознании. Эти события вторгаются в психику внезапно, бесконтрольно, в самые неожиданные моменты. Возникает воспоминание, и состояние человека меняется. У него появляются совершенно другие эмоции, меняется его отношение к происходящему и окружающим людям.

ПТСР имеет возрастные особенности. У детей, например, свидетельством наличия этого вида нарушения являются рисунки, касающиеся военных действий, игры, во время которых психическая травма включается в игровой компонент. Ребенок как бы застревает только на таком содержании игр. Для взрослых характерно внезапное изменение настроения, когда они начинают думать о травмирующих событиях, «выпадение» из ситуации, потеря интереса к разговору, к окружающим людям, уход в себя.

Эти события повторяются в запоминающихся, рекуррентных сновидениях, отражающих психотравмирующее событие, какой-то его фрагмент, или моменты, которые ему предшествовали. Устрашающие сновидения нередко приводят к просыпанию. Человек просыпается и в первые секунды или минуты продолжает жить в мире

сновидения. Возможны просоночные состояния, которые сопровождаются подъемом с кровати, хождением. В этот период такие люди представляют социальную опасность, т.к. результатом отражения тематики сновидений могут стать различные виды агрессии. Просоночное состояние характеризуется эмоциональной насыщенностью и автоматизмом.

Иногда наяву в бодрствующем состоянии человек начинает внезапно действовать вопреки присущей ему деятельности. Неожиданно для окружающих обычное поведение прерывается и развивается другая форма активности, которая отражает травматическое событие. Человек действует и чувствует себя так, как будто это событие оживает, и он находится внутри него. Событие переживается настолько сильно, что фактически носит галлюцинаторный характер. В это время окружающий мир воспринимается искаженно. Обычные люди кажутся представляющими угрозу жизни, рассматриваются в качестве врагов, с которыми нужно сражаться или избегать их.

Такие состояния обычно кратковременны. Как правило, они провоцируются ассоциациями, связанными с прошлыми событиями, напоминающими действия какого-то человека, фразу, звук, запах, вид крови и пр. Фактически эти состояния можно квалифицировать как кратковременное нарушение сознания с оживлением травмирующих переживаний. Оживление этих событий могут провоцировать также сравнительно небольшие дозы алкоголя.

Возможны более простые проявления ПТСР, когда возникают так называемые вспышки (flashback). Всплывающие в памяти фрагменты событий воспринимаются галлюцинаторно. Человек не успевает понять, что именно вспомнилось ему из прошлой психологической травмы. Возникшее состояние не сопровождается потерей сознания, но приводит к оцепенению на короткий промежуток времени. В памяти всплывает что-то очень похожее на травмирующее событие, но вспомнить что-либо конкретное невозможно. Flashback сопровождается всплеском эмоций и часто связан с годовщиной события, предметами, ассоциирующимися с опасной ситуацией и пр.

Возможно возникновение эмоций тоски, тревоги о том, что в будущем должно произойти что-то неприятное.

Характерно бессознательно - сознательное избегание всяких стимулов, связанных с травмой. С одной стороны, пациенты стараются оградить себя от них насколько это возможно, а, с другой, - их словно что-то притягивает к ним. Изменяется общая реактивность на многие события. Формируется спектр повышенной чувствительности, и, в то же время, – дистанцирование от событий, которые происходят с близкими людьми.

Люди с ПТСР теряют интерес к собственным детям. Профессиональные навыки, которым они были обучены, снижаются.

Это особенно характерно для ПТСР у детей, у которых наблюдается снижение многих психических свойств, процессов и явлений до уровня меньшего возраста.

Внешний мир и близкое окружение воспринимаются часто как отчужденные, живущие какой-то иной жизнью. Нарастает отчуждение от людей, кажется, что настоящий контакт с ними невозможен. Возможны развитие чувства одиночества и непонятости, суженный диапазон аффективного реагирования, жалобы на отсутствие чувства любви, максимализм. Характерны повышенная требовательность, легкая взрывчатость, импульсивность, брутальность действий, появляется чувство кратковременности предстоящей жизни.

В своих действиях пациенты исходят из того, что жить им осталось недолго и поэтому не строят планов на сколько-нибудь длительное будущее. Они не планируют ни обучения, ни приобретения новой профессии, ориентируются только на использование имеющихся у них знаний, теряют интерес к карьере, налаживанию личной жизни.

Типична общая ригидность, отсутствие гибкости в поведении.

Имеет место повышенная возбудимость, которая проявляется в разных вариантах (в чутком сне, во время которого они могут вскочить от любого шороха, невозможность

заснуть, особенно при включенном свете, работающем радио или телевизоре и т.д.). Одним из проявлений повышенной возбудимости являются вспышки ярости и гнева.

Течение ПТСР во многом зависит от окружающей обстановки и степени социальной поддержки, доступность которой положительно влияет на развитие ПТСР, уменьшение его тяжести и дальнейший прогноз.

Более тяжелые проявления ПТСР наблюдаются у одиноких и разведенных людей, потерявших супруга и имеющих экономические трудности. Эти лица в неблагоприятных условиях часто употребляют вещества, изменяющие психическое состояние, и особенно алкоголь.

Использование аддиктивных агентов усложняет картину ПТСР, поскольку сочетается обычно со злокачественным развитием аддиктивного процесса.

Значительно чаще ПТСР развивается у тех, чье детство прошло в неблагополучных семьях. Травматические ситуации в детстве, связанные с насилием, подавлением и унижением ребенка приводят к снижению резистентности, к психической травме во взрослом возрасте.

Bromberg (1994) и Davies (1996) считают, что травма создает аффекты и мысли, которые жертва не в состоянии интегрировать. Bromberg рассматривает диссоциацию как психологическую защиту против всепоглощающей тревоги, угрожающей распаду психической деятельности. Диссоциация позволяет разделить психику на субсистемы Self-объектных репрезентаций с различными содержаниями и организациями. Одна субсистема включает отношения с агрессором и содержит эмоции ярости, ужаса, вины, стыда; фантазии, деструкции, предательства, пенетрации и др. Другая - состоит из Self-объектных отношений с людьми, проявляющими заботу, сочувствие, оказывающими помощь и защиту.

Davies подчеркивает, что это не значит, что одна субсистема становится сознательной, а другая подсознательной. Обе системы альтернируют в сознании в зависимости от того, какая из них активизируется конкретными событиями.

Травматическое переживание, по мнению Stern'a (1996) и др., будучи удаленным из когнитивной процессуальной системы, остается в неформулированном и несимволизированном состоянии. Диссоциативные Self-состояния не могут быть напрямую вербализованы, их можно распознать по влиянию на взаимодействия между аналитиком и пациентом.

Важным моментом в психотерапии лиц с ПТСР является внимание специалиста к их попыткам найти людей, себе подобных. Для понимания того, что происходит с пациентом, важно разобраться в истории его жизни, скрытых содержаниях пресознания, о которых пациент не хочет рассказывать. Необходимо психоаналитическое толкование того, о чем человек часто думает, что он переживает, чего боится, каковы его скрытые страхи, желания и конфликты.

В последнее время обращается внимание на значение социальной поддержки в течении посттравматического стрессового расстройства (Summerfield,1999; Elsors,2001). Если локальное сообщество состоит из коллективных структур, то по данным Elsors, ПТСР протекает по-другому типу, не фиксированному в DSM-IV. Пережившие в охваченных войной районах травму лица не нуждаются в специальной кризисной интервенции и психосоциальной профессиональной помощи. Последняя выражается лишь в усилении межличностных контактов внутри сообществ. Подобную ситуацию автор обнаружил в Перуанских деревнях.

В то же время, в Колумбии, например, все выглядело иначе. Жители деревень были более индивидуалистичны. После перенесенной травмы они сохраняли травматические воспоминания, были поглощены чувством тревоги, вины, стыда. Психосоциальная коррекция этого контингента проводилась главным образом посредством индивидуальных психологических вмешательств.

Психоаналитическое лечение ПТСР фокусируется на концепции репрессированной «травматической памяти». Тем не менее, Summerfield (1999) считает сомнительной необходимость воспоминаний всех элементов насилия. Для подтверждения своей точки зрения он приводит высказывание одного из пациентов: «Нам не нужна психологическая помощь, основанная на воспоминаниях переживаний войны: нам постоянно напоминают о ней потерянные руки и ноги». Многие пострадавшие считают, что молчание является «лучшим прагматическим решением». В Эфиопии такой подход называют «активным забыванием» (Summerfield,1999).

В исследованиях ПТСР, проведенных Pennebaker (1977), используется термин "коллективный путь». По мнению автора, индивидуальные переживания конвергируются, становясь общей причиной - коллективной памятью пережитого. Коллективная память включает не только материал, который человек может вербально воспроизвести, она содержит в себе и то, что «депозитировано в его поведении, его стандартах и социальных отношениях». Автор считает, что произведения искусства, и особенно такие нарративные формы, как фильмы и новеллы, могут играть значительную роль в «сохранении, реконструкции и ассимиляции коллективных травматических событий».

Коллективная травматическая память это, по мнению Pennebaker'a, больше, чем волевой акт. Она может принимать форму бессознательного желания забыть травматическое переживание и выражается как отрицание ПТСР.

Психотерапевт может ошибочно недооценить или пренебречь значением коллективной травмы, что имеет особенно отрицательные последствия при наличии неблагоприятной ситуации и индифферентности общества. В качестве модели последних особенностей приводятся ситуации, типичные для Колумбии: «этническое единство» в Колумбии является национальной политической целью. Жители идентифицируют себя с внешними, находящимися вне досягаемости, лидерами. Местные лидеры признаются только тогда, когда они являются «частью внешних политизаций». Общая ориентация носит скорее глобальный, чем локальный характер. «Нарративы часто помещают людей во внешний общий национальный контекст». Переживания конкретных людей игнорируются. Насилие описывается как следствие национальных политических рассогласований (Pennebaker, 1977).

Идея о значении коллективного фактора, еще задолго до описания ПТСР, была высказана известной американской писательницей Вирджинией Вольф : «Публичный и частный миры неотделимо связаны-тирании и рабства одного являются тираниями и рабствами другого».

Представляется возможным выделить *основные кластеры факторов,* влияющих на формирования и развитие ПТСР:

а) факторы, непосредственно относящиеся к экстремальному воздействию;
б) психологические характеристики личности;
в) психосоциальные влияния ближайшего окружения;
г) наличие психической травматизации в детском периоде;
д) хроническая психическая травматизация;
е) факторы, связанные с отношением государства и общества.

Ego-защитные психологические реакции при ПТСР

Horowitz (1987) считает, что чрезвычайная болезненность травматического переживания делает невозможным его немедленное осознание, в силу чего оно устраняется от сознания и хранится в «активной форме памяти».

Переработка и ассимиляция травмы теоретически может осуществляться с помощью механизмов вторжения в сознание имиджей, эмоциональных фрагментов, что в ряде случаев приводит к совершению компульсивных действий. Вторжение сочетается с

отвержением, во время которого происходит постепенная ассимиляция травматического события.

Колебания между отвержением – оцепенением и вторжением продолжаются до того момента, пока информация не будет полностью переработана. Избегание рассматривается как психологический барьер на пути разрушительного проникновения трагедии во внутренний мир человека, его ценностно-смысловую концептуальную систему. Этот механизм позволяет субъекту переструктурировать трагическую ситуацию малыми дозами, постепенно интегрируемыми смысловой сферой личности, после чего трансформации подвергается сознание человека, его отношение к миру, появляется новая оценка жизни и собственных возможностей, увеличивается пространство личностного будущего.

M. Horowitz (1987) выделяет два основных фактора, которые могут негативно повлиять на естественный процесс переработки информации. Во-первых, рассматриваются субъективные трудности, обусловленные сверхконтролем. В этом случае существует тенденция к вытеснению, отвержению и формированию поведенческих стратегий по типу избегания. Большинство примитивных психологических защит действуют в рамках этого типа реагирования. Избегание, как защитное поведение в структуре ПТСР, может осуществляться на нескольких уровнях:

а) избегание аффектов или чувств, которое включает механизмы, свойственные стереотипии (стереотипные автоматизированные формы реагирования). Эффективность деятельности в условиях военных действий во многом зависит от умения сохранять хладнокровие и подавлять возникающие чувства и эмоции;

б) избегание воспоминаний о травматическом событии;

в) поведенческое избегание;

г) избегание обсуждения произошедшего.

Одной из психологических защит, поддерживающих стратегию избегания, является отрицание, которое тесно связано с некоторыми феноменами ПТСР. В современной литературе существует термин «позиция отрицания» комбатанта. Болезненный опыт, полученный в результате воздействия на личность факторов экстремальной обстановки, не умещается в привычный социальный стереотип восприятия, что приводит к его игнорированию и подавлению всех связанных с психогенией эмоций. Защита отрицания вырабатывается в ряде случаев как ответ на негативное восприятие окружающими травматического опыта участников военных конфликтов. Эта позиция существенно осложняет терапевтическую работу. Страдающий ПТСР использует механизм компартментализации – отделение от ego болезненных переживаний путем помещения их в отдельное «закрытое помещение». Этот процесс лежит в основе феномена «инкапсуляции тяжелой психической травмы». Процесс требует большого количества энергетических затрат, связанных с необходимостью постоянной сверхбдительности. Появляется бессонница, переутомление, раздражительность, нарушения внимания и памяти.

Находящиеся в бессознательном травматические переживания оказывают влияние на нейрогормональные процессы. При длительном посттравматическом стрессе гормональная система, по-видимому, не в состоянии поддерживать на необходимом уровне количество эндорфинов, что создает благоприятный фон для развития алкогольной и/или наркотической зависимостей.

Реализация аддиктивной потребности на психологическом уровне связана со стремлением к снятию эмоционального напряжения.

С увеличением периода наркотизации аддикция приобретает злокачественное течение, что позволяет рассматривать таких лиц в качестве пациентов с двойным диагнозом – ПТСР и злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние (Короленко, Дмитриева, 2000).

В качестве наиболее простого способа снятия эмоционального напряжения может выступать включение ego-защиты смещения (displacement). Немотивированная агрессия, высокий уровень конфликтности в общении, большое число актов насилия, общая враждебность позволяют разрядить накопившуюся энергию на объектах, замещающих недостижимый и неустранимый стрессор.

Причиной формирования деструктивных стратегий поведения является также включение психологических защит компенсаторного типа, в частности, идентификации с агрессором. Ещё Freud (1894) в первых исследованиях, посвящённых механизмам Ego-защит, указывал, что часто для преодоления страха или тревоги человек сознательно или непроизвольно начинает «идентифицировать себя с агрессором». Такая позиция предполагает отождествление личности с действительно существующим или потенциальным врагом, что делает человека менее уязвимым при реальном столкновении с ним. Bettelheim (1992), описывая своё пребывание в нацистском концлагере, отмечает, что многие заключённые, находившиеся в лагере более трёх лет, подражали эсэсовцам как в поведении, так и в одежде. Более того, инстинкт самосохранения был так силён, что многие из них принимали ценности и образ мышления нацистов как свои собственные. Магомед-Эминов (1996) также указывает на опасность идентификации с врагом, что становится ещё более вероятным, если в вооружённом конфликте принимают участие граждане одного государства. Именно такая ситуация складывается в отношении военных действий на территории Чеченской республики. Положение усугубляет тот факт, что используется в качестве ведущего мотив мести за погибших друзей. Автор приходит к выводу, что с возвращением в мирную жизнь комбатант может в каких-то ситуациях проецировать на других первоначально возникшую во время военных действий агрессию. Таким образом, выявление и анализ защит группы компенсации и, в частности, механизмов идентификации, необходимы для более полного понимания природы ПТСР. Кроме того, подобный анализ может помочь спрогнозировать возможные, прежде всего социально опасные, отклонения в поведении лиц, принимавших участие в активных боевых действиях (имеется в виду применение патологических вариантов компенсаторных механизмов).

Проекция и идентификация описываются как высший тип психологических защит, к числу которых относят также такие когнитивные ego-защиты, как интеллектуализация, рационализация, фантазирование, переоценивание. Проекция представляет особый интерес в связи с формированием социальной диспозиции «свой – чужой», где «свой» - это тот, кто похож на проецирующую личность, а «чужой» не обладает этими качествами. Этот психологический феномен хорошо прослеживается в условиях военных локальных конфликтов и обеспечивает редукционную адаптированность к внешним условиям. Развитие и усвоение «программного реагирования» делают вероятным перенос «чёрно-белого» восприятия на условия мирной жизни. В результате функционирования проекции формируется поведение, основанное на обвинениях других и самоутверждении, что, по нашему мнению, может лежать в основе появления у комбатантов проблемы внешнего локуса контроля. Такая позиция позволяет человеку снять с себя ответственность за собственное поведение и выбрать активную обвиняющую стратегию в отношении внешних факторов, людей, обстоятельств, организаций и т.д. Большинство психотерапевтических подходов при ПТСР, так или иначе, затрагивает проблему обучения объекта воздействия личностной ответственности за собственные действия, особенности реагирования, чувства и эмоции.

Анализируя когнитивные защиты, Китаев-Смык (1983) описывает две основных мыслительных стратегии в процессе переживания экстремального опыта:

(1) композиционную концептуализацию экстремальной ситуации и
(2) декомпозиционную концептуализацию экстремальной ситуации.

Композиционная концептуализация подразумевает интегративное осмысление всей информации о стрессогенном событии, которой располагает субъект. В результате в

сознании выстраивается сравнительно упрощённое схематизированное представление о травме с выделением главных, по мнению комбатанта, аспектов и с отсеиванием субъективно малозначимых;

- декомпозиционная концептуализация экстремальной ситуации предполагает дезинтегративное осмысление информации, при котором расширяется сфера осмысляемых когнитивных стимулов, поступающих в данный момент, извлекаемых из памяти или креативно воссоздаваемых.

Оба вида стрессовой активизации мышления имеют адаптационно-защитное значение и направлены на совладание с болезненными переживаниями. Оптимальным является гармоничное сочетание или чередование первого и второго типа стратегий.

При ПТСР возможна гиперактивизация мышления, которая сопровождается обычно появлением бессонницы, боязливости, гиперподвижности и др. Гиперактивизация мышления представляет собой один из возможных способов «ухода» от решения проблемы реальной проработки травматических переживаний. Примером, иллюстрирующим данный процесс, может служить выполнение личностью замещающих задач, не имеющих отношения к психогении и позволяющих избегать воспоминаний о травме.

Кроме того, возможно развитие противоположенной тенденции, которая предполагает резкое снижение когнитивной активности, что в экстремальных ситуациях может сопровождаться развитием состояний «отключения», обмороками с последующей фрагментальной амнезией.

В число психологических защит когнитивной группы включены рационализация, интеллектуализация, изоляция и сублимация. Роль этих защит в процессе формирования ПТСР недостаточно изучена. Мы предполагаем, что основной функцией рационализации и интеллектуализации является снижение интенсивности негативных чувств посредством уменьшения субъективной значимости произошедших событий. В силу болезненности травматического опыта формируется устойчивая тенденция снижения субъективной значимости любых контактов с реальными людьми и состояниями. В результате этого процесса возникает позиция направленности на себя, что лежит в основе появления отчуждённости и избегания эмоционально насыщенных отношений.

Нами наблюдались лица с комбатантным ПТСР, у которых психологическая защита выражалась в развитии фантазированного поведения со свойственными последнему структурой и динамикой. Формировалась потребность в постоянном самоутверждении и подчеркивании собственной значимости и бескомпромиссности в оценках, убеждениях и действиях. Пациенты проявляли непримиримость к любому несогласию с их взглядами по разным вопросам, включая отношение к людям, событиям, морально-этическим установкам и др. Присутствовала враждебность и агрессивность ко всем, кто придерживался других взглядов и подходов. В психическом состоянии обнаруживался перфекционизм, сочетающийся со стремлением идентифицировать себя с редукционистской упрощенной моделью «сильного мужественного человека», посвящающего себя борьбе с другими системами ценностей. Фантазированные идеология и поведение использовались как оправдание безучастия в жизненно важных вопросах семейной жизни, грубости и отсутствия сопереживания к близким.

Гипостимуляционное и гиперстимуляционное нарушения

В связи с изменениями, происходящими в современной жизни, человек находится под влиянием выраженных социопсихологических стрессоров. Выделение категории нарушений приспособления подразумевает анализ воздействия на человека

социопсихологических стрессоров, однако недостаточно учитывается транскультуральный аспект проблемы. Анализ современной ситуации в России позволяет высказать предположение о наличии тотального негативного психологического воздействия на население. В современных условиях выделяется новый фактор, касающийся разных аспектов жизни. Этот фактор носит название "изменение стимуляции".

Существует уровень стимуляции, к которому человек хорошо адаптируется. Стимуляция как комплекс явлений, воздействующих на человека, может быть разделена на низкую, среднюю и высокую. Современная жизнь популяции в целом характеризуется высокой степенью стимуляции и, таким образом, в лучших условиях оказываются лица, лучше приспособленные к гиперстимуляции.

Человек вынужден воспринимать большое количество информации, поступающей извне. Увеличение количества информации происходит в связи с ускорением течения жизни и нарастанием количества событий. Человек сталкивается с повышенной стимуляцией постоянно. Например, получаемые в процессе школьного обучения знания отличаются от знаний, которые он мог бы получить, если бы учился, например, два года назад, более того, эти знания в дальнейшем требуют постоянного пересмотра, изменения и дополнения. Изменилась и скорость приобретения знаний, появилась необходимость выработки новых навыков.

Стимуляция происходит и на уровне необходимости для человека проявлять свою самостоятельность, принимать решения. Необходимо иметь свое отношение к событиям и оценивать их с использованием новых знаний, что приобретает особое значение в связи с усиливающейся взаимозависимостью явлений. В прежнем, линейно развивающемся обществе можно было ограничиваться опытом родителей, более старших друзей. В современном обществе этот опыт явно недостаточен.

Гиперстимуляционные нарушения

Гиперстимуляция связана с необходимостью человека постоянно находиться в мобильном состоянии повышенной активации и постоянной интенсивной готовности. Многие к этому не привыкли. Адаптация к жизни в современных условиях вызывает у существенного количества людей определенные затруднения. Отношение к ним зависит от воспитания в детстве. В популяции есть хорошо адаптирующиеся к новым условиям, адаптирующиеся с затратами и дезадаптивные лица, у которых возникают срывы и нарушения, типичные для гиперстимуляции.

До настоящего времени картина расстройств, связанных с гиперстимуляцией, описана недостаточно. Этот вид нарушений не входит в классификации. Признаки, присущие гиперстимуляции, могут излагаться под другими названиями, например, синдром хронического истощения или синдром выжигания. Многие специалисты "подводят" эти состояния к неврастенической симптоматике, не учитывая их специфической этиологии.

К признакам гиперстимуляционного состояния относятся следующие:

1. Чувство хронической усталости, раздражительность по несущественным причинам, приводящая к эмоциональным вспышкам, после которых состояние хронической усталости на какое-то время усиливается.

Нарушение сна. Затруднение засыпания в связи с неприятными воспоминаниями, несущими в себе потенциальную угрозу. Частые ночные просыпания с ощущениями значительного психологического дискомфорта, тревогой, оживлением явлений, несущих в себе потенциальную угрозу.

3. Чувство физической слабости, разбитости.

4. Значительное снижение креативности, выражающееся в отсутствии новых идей, интересных мыслей. Жизнь и ситуация, в которой пребывает человек, кажется ему скучной, однообразной, лишенной интереса и смысла, воспринимается как нечто очень надоевшее и давно знакомое.

5. Отрицательная самооценка, вызывающая по механизму психологической защиты проекцию вины на окружающих, проявляясь в придирках по мелочам и в желании таким образом отвлечься от своих внутренних проблем.

6. Желание уединиться. Раздражение по поводу телефонных звонков, прихода гостей и всего того, что требует дополнительной активации, концентрации внимания, эмоционального включения.

7. Непрогнозируемость развития событий, неожиданные изменения в различных сторонах жизни, кризисные ситуации.

Состояния, связанные с гиперстимуляцией, отличаются от синдрома выжигания и хронической усталости своей большей обратимостью. Выход из зоны гиперстимуляции приводит обычно к быстрому восстановлению состояния человека.

Гипостимуляционные нарушения

Несмотря на то, что общей тенденцией в современном мире является нарастание гиперстимуляции, существуют зоны, для которых характерна гипостимуляция. Нарушения психики, возникающие при гипостимуляции, необходимо учитывать при выполнении различных видов деятельности, как, например, наблюдение за радарными экранами, пилотирование самолетов, космических аппаратов (Davis с соавторами, 1960; Cameron с соавторами, 1961). Сенсорная депривация может использоваться для "промывания мозгов" (Shaeffer, Bemick, 1965). Американский астронавт John Glenn (Mandel, 1962) рассказывал, что когда он во время космического полета сообщил, что видит маленькие блестящие частицы, летающие около иллюминатора его капсулы, психиатр "Проекта-Меркурий" спросил его: "Что они говорят тебе, Джон?" (Обращается внимание на то, что гипостимуляция способна вызвать галлюцинаторное расстройство).

К ситуациям гипостимуляции относятся работа в малых изолированных коллективах и в отдаленных районах (Крайний Север, Антарктида и др.). С гипостимуляцией встречаются участники длительных морских путешествий, особенно мореплаватели-одиночки, работники гидрометеорологических станций, водители машин на автострадах на длинные дистанции, полярники и др. (Byrd, 1938; Gunderson, Nelson, 1963).

В результате исследований сенсорной депривации, проводимых в Монреале, было показано, что трехдневное нахождение в изолированной, звуконепроницаемой камере при одновременном уменьшении визуальной, тактильной и кинестетической стимуляции вызывало у добровольцев поведенческие, физиологические, интеллектуальные изменения. Некоторые расстройства возникали в начальном периоде изоляции. К ним относились раздражительность, дискомфорт, усиление эмоциональных проявлений. В дальнейшем усиливалось воображение, возникали галлюцинации, нарушалось логическое мышление (Bexton с соавторами, 1954). Vemon, Marton, Peterson (1961) установили, что галлюцинаторные нарушения при сенсорной депривации возникли только у 10 из 55 испытуемых. Fiske (1961) подчеркивал значение в возникновении усиленного воображения и галлюцинаторной готовности во время сенсорной депривации фактора ограничения подвижности.

Длительное гипостимуляционное нарушение в естественных условиях характеризуется стимуляцией подсознания, что может проявляться усилением

воображения, восприятия, появлением тенденции к фантазированию, ярким сновидениям. Типично изменение мотивационной сферы, например, появление интереса к вопросам религии, философии, саморефлексии; усиление творческого потенциала; изменение характера отношений с окружающими вплоть до серьезных конфликтов, вызванных усилением психологической несовместимости и возникновением агрессии. Психологическая нетерпимость во многом связана с усилением эмпатии, в результате чего люди начинают лучше понимать и чувствовать друг друга. Поскольку не все то, что понимается и чувствуется, нравится, а уйти из ситуации невозможно, возникает нарастание негативной реакции. Под действием длительной гипостимуляции происходит изменение личностных установок.

Исследованиями, проводимыми в Институте морской и тропической медицины в Гдыне, установлено, что люди, испытывающие длительную гипостимуляцию, отмечают изменения характера, становятся менее социабельными, уделяют меньше времени совместным мероприятиям, резко ограничивают круг своих знакомых. Они объясняют это потерей интереса к поверхностному общению. Их контакты становятся все более избирательными и содержательными.

Дистимия

Дистимия была введена в группу расстройств настроения в DSM-III (1980). До этого пациенты с хроническими мягкими формами депрессии диагностировались в рамках невротической депрессии, депрессивной личности, истероидной дисфории (Akiskal, 1990). Обращалось внимание на значительную резистентность этих состояний терапии.

Дистимия характеризуется хроническим течением, непсихотическими признаками и симптомами, которые не соответствуют диагностическим критериям, требуемым для постановки диагноза большого депрессивного эпизода.

Диагноз дистимии достаточно элюзивен. Это состояние часто не диагностируется вообще и может не оцениваться как психическое нарушение самими пациентами. Несмотря на хронический монотонный характер дистимии, ее течение может сопровождаться эпизодическими ухудшениями состояния. Эти ухудшения пациенты часто связывают с различными психогенными факторами.

Диагностика дистимии осложнена тем обстоятельством, что воспоминания об особенностях настроения в отдаленные периоды жизни, например, более одного года, недостаточно точны. В результате может иметь место как переоценка, так и недооценка длительности интервалов, не сопровождающихся нарушениями (Montgomery, 1994).

Классификационная схема, приводимая в DSM-IV, позволяет значительно лучше отграничить дистимию от большой депрессии. Согласно DSM-IV, пациенты с дистимией должны проявлять, в частности, сниженное настроение в течение большей части дня больше дней, чем нет, по крайней мере, в течение двух лет. Сниженное настроение устанавливается на основании объективных данных или наблюдений других лиц. Для диагностики также необходимо наличие во время сниженного настроения, по крайней мере, двух из следующих нарушений:

— плохой аппетит или переедание;
— бессонница или сонливость;
— усталость или сниженная энергия:
— низкая самооценка;
— слабая концентрация внимания или затруднение в принятии решений;
— чувство беспомощности.

В течение двухлетнего периода нарушения должно присутствовать сниженное настроение и, по крайней мере, два из перечисленных нарушений без светлых промежутков, длящихся более двух месяцев.

Должны отсутствовать данные о наличии большого депрессивного эпизода в течение первых двух лет нарушения.

У пациентов никогда не было маниакальных или гипоманиакальных эпизодов.

В диагностике также должны быть исключены другие психические заболевания, наличие органического фактора, который мог бы иметь значение в возникновении и развитии нарушений. Необходимо исключать влияние длительной терапии антигипертензивными препаратами.

Симптомы должны вызывать клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, производственной, а также в других значимых областях функционирования.

В последнее время активизировался интерес специалистов к дистимии, что связано, в частности, с ее достаточно широким распространением. Согласно данным исследований, проведенных Американским Национальным Институтом Психического здоровья (1988), от 2 до 4% популяции переживает хроническую, длящуюся более двух лет депрессию. Существует коморбидность с другими расстройствами:

75% пациентов с дистимией обнаруживают большую депрессию, злоупотребление препаратами и различные тревожные расстройства (Weissman, Leaf, Bmce et al., 1988).

Основным симптомом дистимии является снижение настроения, описываемое как чувство грусти, подавленности, снижения интереса к многим явлениям. Пациенты с дистимией могут предъявлять различные жалобы, высказывать чувство неудовольствия, иногда быть саркастичными, критически настроенными ко всему происходящему. Эти состояния обычно характеризуются отсутствием лабильности и сопротивлением в отношении психотерапевтической коррекции, что может приводить к нарушению межличностных контактов с психотерапевтом, членами семьи, знакомыми и коллегами по работе.

В ряде случаев пациенты переводят проблему в область общей медицины (терапии, неврологии), проявляя повышенную озабоченность своим соматическим состоянием, предъявляют жалобы на нарушение работоспособности, затруднение в концентрации внимания, рассеянность, совершение ряда ошибок.

В отличие от пациентов с большими депрессивными расстройствами, они могут проецировать свои негативные переживания на окружающих, обвиняя их в том, что их плохое состояние объясняется недостаточным к ним вниманием, повышенными требованиями, непониманием. Обвинения могут быть обращены к родственникам, знакомым, сотрудникам или носить более абстрактный характер, при котором обвиняется сложившаяся ситуация в целом.

Пациенты с дистимией обнаруживают достаточно часто сексуальные нарушения, в частности, импотенцию, что приводит их к поиску профессиональной помощи у сексопатолога. У таких пациентов часто возникают как семейные, так и производственные проблемы. Производственные проблемы связаны с их частым отсутствием на работе и малой продуктивностью. Имеют место и проблемы, связанные с академической успеваемостью.

Kaplan и Sadock (1994) считают, что дистимия развивается постепенно в 50% случаев у лиц до 25-летнего возраста. Пациенты, обращающиеся к психиатрам, часто страдают дистимией уже в течение более 10 лет, долго относясь к этим симптомам как к чему-то, хотя и неприятному, но "естественному", свойственному их природе.

Дистимия может смениться большой депрессией, что наблюдается, приблизительно в 20% случаев, депрессией с гипоманиакальньми эпизодами, приблизительно в 15% случаев и менее, чем в 5% случаев — биполярными расстройствами (Kaplan, Sadock,1994).

В ряде случаев пациенты, страдающие большим депрессивным расстройством, развившимся на фоне циклотимии, обращаются за помощью к психиатрам только в связи с развитием большой депрессии. Терапия антидепрессантами приводит обычно в таком варианте к элиминации большой депрессии, но явления дистимии при этом остаются, что, как правило, приводит к сравнительно быстрому рецидиву большой депрессии с появлением представления о недостаточной эффективности терапии. Распознавание дистимии требует более длительной психофармакологической терапии.

СОЗАВИСИМОСТЬ

Дефиниции созависимости

Subby (1984) определяет созависимость как «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, которое развивается в результате длительной экспозиции индивидуума и практикования им набора поведенческих правил – правил, препятствующих как открытому выражению чувств, так и прямому обсуждению личностных и межличностных проблем». Автор не считает, что созависимость должна быть связана исключительно с химической аддикцией. Subby утверждает, что созависимость представляет… «копирование того, что рождается из семейных правил и не является результатом алкоголизма».

В другой работе Subby и Friel (1984) определяют созависимость как «дисфункциональный способ жизни и решения проблем, который питается набором правил семейной системы». Авторы рассматривают семью как первичную систему, в которой формируется личностное поведение.

Shaef (1986) исходит из того, что созависимость по сути дела является базисной нераспознаваемой аддикцией, которая становится основой для возникновения других аддикций. Структура их взаимозависимости выглядит следующим образом. Любая аддикция, диагностируемая у человека (наркомания, переедание и т. д.), представляет собой вершину айсберга. Устранение одного лишь этого слоя не затрагивает аддиктивные механизмы. Закодировавшийся и прекративший употреблять алкоголь человек не перестает быть аддиктом, поскольку у него присутствуют базисные аддиктивные механизмы. По мнению Shaef, речь идет о сохранении не только аддиктивных механизмов, но и аддикции созависимости, наличие которой нужно распознать.

Созависимость, во многом совпадающая с зависимым личностным расстройством, характеризуется следующими признаками:

1.Неспособность принимать каждодневные решения без помощи со стороны. Зависимый человек, не принимающий решений, фактически позволяет принимать эти решения за себя. Акцептируя навязанный ему чужой план жизни и чужие системы ценностей, он становится несчастным, потому, что чужой выбор обычно не соответствует внутренней собственной установке, которая может существовать даже в неразвитом состоянии. Например, выбор специальности в соответствии с желанием родителей, при котором человек заставляет себя думать, что он поступил правильно, но чувство дискомфорта от этого не исчезает. Многие подавленные отрицательные эмоции прорываются в виде злости и агрессивности, оставляя после себя чувство вины и стыда.

2.Соглашательская позиция, проявляющаяся в согласии с окружающими без всякого сопротивления и анализа ситуации. Эта позиция, во-первых, связана с неумением отстаивать свои интересы и защищать свою точку зрения, а, во-вторых, со страхом последствий, приводящих к разрыву значимых отношений.

3.Неспособность составлять и претворять в жизнь собственные планы и инициативы. Уже само составление плана вызывает затруднения и сомнения типа «Как это будет оценено другими?». Мысль о плохой оценке совпадает с мыслью о том, что этого делать не следует. Такой человек может начать какую-то активность, но необходимость постоянно советоваться с окружающими приводит к тому, что советы, дающиеся людьми, не желающими вникать в проблему, приводят к остановке собственных действий. Таким образом, человек не реализовывает себя.

Характеристики созависимости

Созависимые люди часто делают то, что им делать неприятно, но они убеждают себя в необходимости такой деятельности, направленной на то, чтобы понравиться другим. Так проявляется связь стремления понравиться с созависимостью, вследствие которой они делают всё, чтобы быть незаменимыми, чтобы окружающие знали, что они могут положиться на них и ценили их за это. Возникающее чувство дискомфорта в момент одиночества способствует приложению значительных усилий, чтобы его избежать. Постоянная необходимость поддерживать отношения с другими, без которых они чувствуют себя растерянными и тревожными, заставляет вступать в сомнительные деструктивные контакты. В случае нарушения даже этих, непродуктивных отношений, лица с созависимостью чувствуют себя опустошёнными, переживая разрыв как драматическое событие, с потерей точки опоры, растерянностью, невозможностью правильно оценить реальность. Такое поведение сопровождается поисками новых контактов, которые могут оказаться ещё более разрушительными. Находясь в созависимом контакте, такие люди испытывают постоянный страх того, что эти непродуктивные отношения будут разрушены. Освободиться от этого страха невозможно в силу отсутствия способности к самостоятельности, которая очень пугает. С этим связан страх отрицательных оценок, ранимость к критике и реализация активностей, направленных на избегание критики.

Внешняя референтность созависимых людей, проявляющаяся прежде всего в том, что это–аддикция отношений. Созависимые лица используют отношения с другим человеком так же, как химические или нехимические аддикты используют аддиктивный агент. Процесс возникает на фоне отсутствия у созависимых лиц по-настоящему развитой концепции self (селф), выражающейся в отсутствии чувства внутреннего собственного значения. Поэтому им необходима внешняя референция, как психологический контакт с другими, позволяющий избежать чувства внутреннего хаоса. Поскольку созависимые лица не чувствуют себя, у них возникают трудности с самовыражением в интимных отношениях. Отсутствие концепции собственного селф не даёт возможности проявить свои глубинные истинные чувства, что приводит к трудностям в установлении интимных, независимых отношений с другими людьми. Ограниченность их выбора приводит к тому, что они сами оказываются в определённом поле выбора, в котором выбирают аддиктов.

Для этих лиц характерны отношения «прилипания», примыкания к другому, без которого они не могут выжить. Эта связь обеспечивает чувство безопасности, за которую аддикт готов платить любую цену. Отношения прилипания очень своеобразны, они не имеют развития, статичны, так как исключают возможность взаимного обогащения. В этих отношениях соаддиктивный человек себя не выражает и не реализует. Существование такой схемы отношений требует больших затрат энергии и времени.

Внешняя референтность проявляется в отсутствии границ. Созависимые лица не знают, где заканчивается их личность и где начинается личность другого человека. Не имея способности по–настоящему переживать свои эмоции, они оказываются под очень сильным влиянием тех эмоций, которые возникают у других людей. Это относится к

таким эмоциям, как депрессия, злость, озабоченность, раздражение, счастье, заимствуемых ими от других, находящихся в непосредственной близости.

Собственное состояние не позволяет созависимым лицам дифференцировать «полученные» от других эмоции. Так, если член семьи приходит домой в состоянии угнетения, соаддиктивный человек испытывает аналогичное состояние, не понимая того, что угнетение «принадлежит другому». Он не научен пользоваться собственным эмоциональным состоянием. Такому растворению границ способствуют не только дисфункциональная аддиктивная семья, но и многие явления, происходящие в обществе, в школе, на работе и в других институциях, которые учат человека думать и чувствовать так, как ему говорят, фактически, обеспечивая культуральный тренинг созависимости.

Разные культуры вовлечены в этот процесс в большей или меньшей степени. Человек при этом обучается тому, что точка отсчёта, референтности для мышления, чувств, восприятия, знания является всегда внешней по отношению к селфу. Такой культуральный тренинг воспитывает людей без достаточного чувства границ, потому что для того, чтобы иметь переживание границ собственного селф, человек должен начать с внутренней точки отсчёта, с себя, ему необходимо научиться знать то, что он чувствует и думает изнутри и затем относиться к миру с этой позиции. Анализ концепции объясняет причину трудностей, испытываемых созависимыми людьми в проявлении своих чувств. Для того, чтобы быть интимным, необходимо иметь развитое чувство собственного Я. При его отсутствии приближение к другому человеку создаёт опасность быть им «поглощённым». Отсутствие ощущения границ делает невозможным здоровое функционирование вместе с другим человеком, потому, что у созависимых лиц совместное функционирование сразу приводит к спутанности, смешению и «поглощению». Созависимые люди с расплывчатыми границами стремятся персонализировать всё происходящее вокруг, усматривая в этом явления, имеющие к ним прямое отношение. Такие люди берут на себя ответственность за всё происходящее, например, ощущение вины за плохое настроение у другого члена семьи.

Для созависимых людей характерно стремление к созданию_впечатления. В связи с отсутствием внутренней точки отсчёта, (эффективной внутренней референтности), для них абсолютно необходимо, чтобы другие воспринимали их так, как бы они этого сами хотели. Им свойственно желание «быть хорошими» в связи с наличием внутренней убеждённости в их способности контролировать других людей, если эти люди будут воспринимать их как хороших, уступчивых, незаменимых и пр. Жизнь созависимых людей структурируется вокруг мысли, связанной с тем, что другие подумают о них. Главной целью является попытка угадать желание окружающих и удовлетворить его. В этом они преуспевают в связи с развитыми способностями знать и чувствовать то, что нравится и не нравится другим. Их жизненное кредо исходит из того, что если им удастся стать такими, какими их хотят видеть окружающие, они будут чувствовать себя в безопасности.

В созависимых отношениях подстраивание под других и подыгрывание им оказывает плохую услугу, позволяя аддиктам в этих отношениях развиваться в статусе наибольшего благоприятствования. Созависимые люди таки образом создают «оранжерейную» среду для развития аддикций у их партнёров.

Для созависимых лиц характерно проявление заботы об_окружающих. Для реализации этой цели они делают себя незаменимыми, играя роль мученика. Эгоцентричность созависимых лиц отличается от эгоцентричности других аддиктов наличием впечатления об её отсутствии. Окружающие воспринимают поведение созависимых людей как поведение альтруистов. Наиболее частой формой эгоцентричности созависимых лиц является внутренняя уверенность в том, что всё происходящее со значимым другим зависит от действий созависимого человека, считающего себя центром «вселенной». Принимая на себя ответственность за происходящее, персонализируя её, они ставят себя в центр событий, с постоянным и

непомерным расширением круга этой ответственности. Они берут на себя ответственность за чувства других, за содержание их мыслей, за их жизнь. Это–мягкая, «заботящаяся», но в то же время «убийственная» эгоцентричность.

Несмотря на кажущуюся мягкость, созависимые лица проявляют такое качество, как ригидность, выражающуюся в том, что их чрезвычайно трудно в чём либо убедить, предложить им альтернативу.

Специалисты, дающие характеристики созависимым лицам, отмечают их нечестность, отсутствие у них морали. Нечестность созависимых людей проявляется в их стремлении создать впечатление отсутствия проблем, кризиса в отношениях, дисфункциональности в семье, что оказывает негативное влияние на детей, обучающихся необходимости вести двойную жизнь, скрывая от своих сверстников и знакомых события, происходящие в семье.

Отсутствие морали, очевидно, связано с тем, что у созависимых людей слабо выражена духовность, им свойственна излишняя приземлённость. Они погрязают в значимых для них деталях и не могут позволить себе трату времени на духовное развитие. У многих из них подавлено религиозное чувство, хотя внешне они производят впечатление мучеников. В этом и проявляется их лицемерие. Поэтому абсолютно неправильной является оценка аддикта и созависимого человека с позиции лучше–хуже. Проблемы есть и у того и у другого. Важно понимать, что созависимость является _более тяжёлой формой аддикции, чем аддикция к конкретной активности или агенту.

Рассматривая основные характеристики аддиктивного процесса, следует отметить факт совпадения ряда характеристик у аддиктов и созависимых лиц. Как тем, так и другим свойственны нечестность и отсутствие морали, отсутствие «здоровых отношений» с собственными эмоциями, проявляющееся в «замороженности» эмоций, отсутствии контакта с собственными чувствами. Характерна спутанность, заключающаяся в непонимании аддиктом последствий своего поведения. Выстроенная им модель основывается на формально логической схеме, которая не вписывается в реальность.

У аддиктов на какой-то стадии аддикции формируется новая аддиктивная личность, имеющая свою систему ценностей, которая внутри аддиктивной личности принимает логически завершённую структуру, существующую на фоне сохранённой прежней личности.

Следует подчеркнуть, что в случаях выраженной созависимости прежняя личность, как правило, также является аддиктивной. Создаётся впечатление, что в основе любой аддикции находится созависимость, которая провоцирует развитие других аддикций. Между ними происходит постоянное столкновение, приводящее к спутанности: иногда аддикт действует как здоровый человек, а иногда как аддикт. А поскольку окружающим порой бывает трудно в этом разобраться, общение с таким человеком затруднено в связи с непониманием с какой личностью в данный момент происходит общение (с аддиктивной, или с неаддиктивной). Общение с аддиктом может осуществляться только на его языке. Остальное будет «отражаться» аддиктом, использующим в этом случае все способы психологической защиты.

Для аддиктов характерны стремление к контролю, выражающееся в том, что именно таким образом они контролируют своё состояние, эгоцентризм, дуализм мышления, внешняя референтность, стремление произвести ложное впечатление отсутствия проблем и наличия благополучия, ригидность, подавленные эмоции, страх и задержка духовного развития.

Анализ вышеперечисленных явлений должен учитывать, использование созависимыми лицами и аддиктами отрицания, которое препятствует обращению за помощью и затрудняет проведение каждого этапа коррекции.

Коррекция таких состояний предполагает длительный процесс по воспитанию ассертивного поведения, противоположного созависимости. Термин «воспитание» подразумевает процесс. И, если он не был начат в детском возрасте, начинать его у

взрослого затруднительно, в связи с наличием уже определенных развитых механизмов, предубеждений и сформированного стиля жизни. Ассертивность является абсолютно иным стилем жизни. Коррекция созависимости приводит к нарушению интергенерационной континуальности. Люди привыкли к созависимости, прививающейся в семье и передающейся от поколения к поколению. К тому же воспитание ассертивности встречает сопротивление среды в связи с существующими традициями, предубеждениями и стереотипами.

Аддикция может возникать у человека, которому ранее была не свойственна созависимость. Например, при попадании человека в сложную ситуацию он находит для себя выход из неё в уходе в аддикцию, возникающей в этом случае, на чужеродной, гетерономной почве. Коррекция такой аддикции будет более лёгкой и прогноз более благоприятным.

Члены семьи человека с аддиктивным поведением находятся с ним в состоянии созависимости. Созависимость предполагает взаимную зависимость друг от друга. Например, два члена семьи, муж аддикт и созависимая жена взаимозависимы друг от друга. Недостаточная изученность вопроса и его сложность заключается в том, что созависимость, как психологический климат, является аддиктивным фактором. Сложившийся тандем устраивает обоих. Анализ структуризации времени созависимого человека показывает, что большее количество своего времени и энергии он затрачивает на решение проблем аддикта, на его опеку, ухаживания за ним, оказание ему помощи в трудных ситуациях, попытку контролировать аддикта, направленную на создание препятствия на пути к его аддиктивным реализациям. Блокирование возможностей собственной жизни и своего развития в разных направлениях может внутренне нравиться потому, что в этих состояниях созависимая личность настолько задействована в системе, что она ощущает себя нужным человеком, от которого зависит многое. Ощущение контроля и заботы – важный механизм, заложенный в созависимом человеке ещё в процессе его контакта с родителями, так как созависимость прививается ребёнку в результате определённого воспитания. Поэтому, если складывается, например, такая ситуация, в которой человек не может проявить созависимость (распад семьи), казалось бы, он/она должны почувствовать свободу и облегчение, связанное со «сбрасыванием» груза ответственности. На самом же деле возникает ощущение пустоты и потери смысла жизни. Этим объясняется создание ими новой семьи, эквивалентной старой, с разыгрыванием в новой семье старой, созависимой роли.

Человек с аддиктивным поведением нуждается в созависимых людях. У лиц с аддиктивным поведением представлена реакция страха покинутости. Например, при наблюдающемся в отношениях с аддиктом отсутствии общих тем в разговоре, он вдруг начинает проявлять крайнее беспокойство по поводу длительного отсутствия ушедшего ненадолго созависимого члена семьи. Это беспокойство, выглядящее как забота о нём, в реальности является беспокойством за себя, связанным со страхом быть покинутым.

Социум может стимулировать созависимость, рассматривая её как обязанность и декларируя принцип «Ты должен нести свой крест».

Дети, имеющие несчастье воспитываться в раннем возрасте в аддиктивных семьях и не ставшие аддиктами, несмотря на это ощущают в себе какой-то недостаток, неудовлетворённость собой и жизнью, чувствуют преграды и «блокировки». Такие лица во взрослой жизни нуждаются в помощи, несмотря на то, что формально ничем не страдают. Таким образом, взрослые дети аддиктов и родителей алкоголиков нуждаются в профессиональной помощи для избавления их от различного рода комплексов, снижающих качество жизни.

Существует точка зрения, согласно которой увеличение количества аддиктивных расстройств связано с психологической и физической травматизацией детей в раннем возрасте. Джеймсу Джойсу принадлежит фраза « История детства представляет собой кошмар, от которого мы начинаем пробуждаться».

Психологическая травматизация детей, несомненно, имеет определённое значение в возникновении аддиктивных нарушений, однако в каждом конкретном случае её роль должна специально анализироваться. Исследования, проведённые Finkelnor (1987), показывают, что травматические переживания стали лучше выявляться, но факт их учащения не доказан.

Специалисты, анализирующие влияния семьи, пользуются термином «психопатология родителей», под которым понимаются не психические заболевания, а, прежде всего, наличие у них определённых характерологических нарушений или отклоняющегося поведения. Определенные формы этой патологии являются факторами риска для развития личностных нарушений и отклоняющегося поведения у детей. К провоцирующим факторам, способствующим возникновению нарушений у детей, относятся депрессия и злоупотребление различными веществами (наркотиками, алкоголем и пр.) родителей, что ассоциируется с распадом семьи, приводя к ряду негативных последствий. Предрасположенность к развитию нарушений носит биологический и психологический характер. Когда в очень раннем периоде жизни ребёнок на эмпатическом уровне «схватывает» неадекватное отношение к нему родителей, происходит задержка развития его эмоциональных функций, которая может сказаться на возникновении определённых форм отклоняющегося поведения.

Исследование взаимосвязи уровня психопатологии и степени интегрированности общества показало, что в социально дезинтегрированном обществе наблюдается высокий уровень психопатологии. Leighton с соавторами (1963) провел сравнение общества относительно здорового и социально интегрированного и общества с наличием дезинтеграции. Уровень социальной интеграции исследовался с помощью индекса, включающего в себя такой сплав многих факторов, как разрушенные семьи, отсутствие социально значимых связей , слабое лидерство, малая возможность развлечений, частота преступлений, бедность и культуральная «спутанность». Автор обратил внимание на то, что наибольшее значение в возникновении психопатологии имеет совокупное сочетание культуральных факторов. На возникновение нарушений так же влияют высокая степень миграции и обособленность. Аналогичные данные получены в Нью-Фаундленде. Возникновение аддиктивного поведения также является результатом влияния определённого «фона».

Анализ развития аддиктивного поведения у разных людей с разными психологическими особенностями показал их взаимосвязь с созависимыми состояниями, для «функционирования» этой системы необходимы личностные особенности. Так, при некоторых особенностях личности эта система не «срабатывает» и тогда связь аддикция–созависимость отсутствует. Это явление наблюдается при пограничном личностном расстройстве, при котором в связи с имеющимся нарушением идентичности человек не способен устанавливать длительные отношения с кем-то другим. Он идёт на разрыв отношений, поэтому созависимость не возникнет. Аддиктивные механизмы у такого человека будут представлены по-другому. Если аддикция развивается не в структуре аддикция-созависимость, она может, с одной стороны, быть мало выраженной, не сформировавшейся, с другой,–сами аддиктивные реализации имеют обычно более серьёзные последствия. Возможен вариант поведения, при котором человек надолго не уходит в аддикцию, а переключается на другие формы отклоняющегося поведения.

Важной характеристикой аддиктивного поведения является то, что при сформированных механизмах аддикции, способ реализации может измениться. Например, сформированный механизм, «запускающий» gambling, может легко переключиться на другую форму аддикции. Это происходит как бы само собой. В случае химической аддикции осуществляется переход от употребления одного вещества к другому, например, смена алкоголя на наркотик, или «мягкого» наркотика на более «жесткий». Возможен и обратный вариант, при котором потеря работы, служащей средством ухода от реальности у работоголика, сменяется на другую химическую аддикцию. В связи с

этим следует обратить внимание на то, что многие специалисты считают, что основной задачей является избавление человека от способа реализации аддикции. У них складывается ложное впечатление о том, что это избавление приведёт к коррекции. В действительности, потеряв возможность реализовывать аддикцию, человек не перестаёт быть аддиктом. Он остаётся аддиктом, но без реализации. Отсюда происхождение термина «сухой» алкоголик. Человек не употребляет алкоголь, но

остаются механизмы, ждущие своей реализации. Воздействовать на эти механизмы сложно. Освобождение от механизмов аддикции означает возврат, «оживление» прежней личностной структуры. Однако, к сожалению, прежняя структура, давшая «старт» аддикции, часто уже обнаруживает ряд нарушений, в том числе, прежде всего явление созависимости.

Комплекс созависимости представляет новое явление в аддиктологии, являясь важной внутренней реализацией аддикта (Короленко, Дмитриева, 2003). Созависимость– это тоже аддикция , но более глубокая и труднее поддающаяся коррекции. Коррекция созависимости требует семейного подхода. На сегодняшний день в России отсутствуют центры, осуществляющие такую коррекцию.

И аддикция и созависмость относятся к нездоровым, тупиковым жизненным маршрутам, наносящим ущерб, задерживающим развитие человека и ухудшающим его здоровье. Психологические изменения приводят к тому, что забота о себе в плане реализации биологических потребностей становится неприятным и энергоёмким процессом. Поэтому такие лица не обращают на себя внимания и не любят людей, пытающихся навязать им мнение по поводу обращения к врачу или психологу. Такая защита, с точки зрения аддиктивной стратегии разумна, так как обращения к специалистам требуют больших временных затрат, что мешает реализации аддикции. Этим объясняется поздняя обращаемость в случаях, например, соматических заболеванийй. Естественно, что такая поздняя обращаемость приводит к сокращению жизненного цикла. Созависимые лица также слишком заняты жизнью другого человека. Границы между их личностью и другим человеком растворены. Они даже говорят о себе во множественном числе, используя местоимение «мы». У созависимых лиц легко развиваются другие формы аддикций, в том числе химические. В этих случаях связь созависимого аддикта с другим аддиктом создаёт систему соаддиктивных отношений. При этом не обязательно, чтобы аддикции двоих совпадали. Устранение аддикции выводит на «чистую» созависимость, без коррекции которой риск рецидива аддикции очень велик.

Одним из эффективных методов коррекции аутодеструкции является активация других драйвов. С суицидным драйвом можно справиться путём психологической активации других драйвов, например, активизации творчества, так как люди, склонные к активации подсознания, склонны к творчеству. Исследования пациентов с мечтательной депрессией показало, что большинство из них любят творчество. Задание таким пациентам написать рассказ на тему появляющихся у них мыслей о самоубийстве приводит к тому, что сосредоточение на описании этого процесса приводит к сублимации аутодеструктивной энергии пациентов.

Анализ попыток самоубийства делает необходимым исходить из влияния на них не только внешних, но и внутренних факторов. Для некоторых лиц любая тяжелая реальность никогда не приводит к появлению попыток покончить с собой, даже встреча с абсолютно непереносимой ситуацией. Если же включаются подсознательные цели, то даже в сравнительно благоприятных ситуациях, связанных с возможностью выбора, человек может идти по аутодеструктивному пути.

Согласно статистике значительное количество самоубийств совершается во время алкогольного опьянения. Специалисты полагают, что в этот момент снимается контроль сознания над аутодеструктивным драйвом.

С психологической точки зрения самоубийство–сложный процесс, требующий тщательного рассмотрения. Так, например, во время великой финансовой депрессии в США (1931–1934) оказалось, что самоубийства были менее часты, чем в лучшие времена. Следовательно, жёсткие условия иногда способствуют мобилизации человека.

Интересен анализ обращающих на себя внимание самоубийств, кажущихся на первый взгляд понятными. Например, разорившийся состоятельный человек убивает себя, обеспечивая тем самым страховку для семьи. «Лежащей на поверхности» причиной самоубийства явился финансовый крах. Однако, анализ причины потери денег приводит к выводу о том, что самоубийца сознательно провоцировал риск разорения. Он имел многочисленные сексуальные связи, неудовлетворительную ситуацию дома, длительную неудовлетворенность семейной жизнью. Возникает вопрос: «Почему он женился на нелюбимой женщине и жил с неё в течение длительного времени? Почему он не мог мобилизовать своё либидо и справиться с «нахлынувшими» деструктивными тенденциями?». Из анамнеза выясняется, что его отец покончил с собой. Мать была холодной, не заинтересованной в детях. Анализ такого рода самоубийств, согласно Menninger, показывает совершение «психологического» самоубийства задолго до физической его реализации.

Аутодеструктивные тенденции могут возникать у человека очень рано, оказывая влияние на его развитие на разных возрастных этапах. Постепенное подавление жизненного инстинкта приводит к тому, что человек выбирает для себя аутодеструктивный стиль поведения, включая аддикции. Самоубийство–не изолированный и необъяснимый с точки зрения обычной логики факт. Так, анализ поведения женщин, которых насилуют регулярно, порождает вопрос о том, почему эти женщины постоянно попадают в ситуации, провоцирующие насильников. Существует мнение о наличии у ряда людей готовности к несчастным случаям.

Последователь Фрейда Menninger (1938) считал, что самоубийство включает в себя "три желания": умереть; убить; быть убитым. Автор считал, что настоящая, непоказная попытка совершить самоубийство обязательно должна содержать в себе эти три ингредиента. Если же какой-то из них отсутствует, то попытка не является серьезной: она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением запугать кого-либо, шантажировать, получить таким образом какие-то дивиденды.

В самоубийстве можно выделить три элемента:

1.Желание умереть. Человек хочет умереть, освободиться от чего-то, прекратить участие в жизни.

2.Желание убить. Активный процесс, при котором желание убить себя очевидно. Деструктивный инстинкт проявляется в двух направлениях: ауто и гетеродеструкции. Внешняя агрессивность и направленная на себя аутодеструкция формируется, с точки зрения автора, почти с момента рождения. Обычно внешняя агрессия подавляется за исключением криминального развития, но она может проявляться во время расширенного самоубийства, при котором человек из альтруистических соображений убивает наиболее близких, а потом себя. Иногда враждебность бывает настолько сильной, что её наличие можно объяснить только существованием тени (Юнг), направленной против определённого объекта. Человек должен знать эту сторону своей личности, понимая, что она может быть опасной для него.

3.Желание быть убиваемым. Может проявляться в провокации разнообразных ситуаций, представляющих опасность для жизни.

В целом представители психоаналитического направления анализируют самоубийства как проявление болезненных механизмов и в значительно меньшей мере рассматривают их в социальном плане. В связи с этим следует подчеркнуть, что современные психологи и психиатры, не придерживающиеся психоаналитических взглядов, придают большое значение в развитии суицидного поведения психическим и невротическим нарушениям.

Очевидно, проблема суицидного поведения достаточно сложна и не может быть во всех случаях объяснена с точки зрения одного из названных подходов, в ней участвуют и социальные и личностные факторы. К таким факторам относятся: способ восприятия окружающих людей, ситуаций, собственных проблем; особенности мотивационных подходов; система жизненных ценностей; жизненный опыт; характер воспитания; способы преодоления трудностей и многое другое.

В заключение отметим, что в предупреждении, уменьшении риска самоубийств в популяции, в частности среди подростков и лиц молодого возраста, имеет значение уважение в обществе к личности человека. Прошедшие годы характеризовались наличием в бывшем СССР пренебрежением к личности обычного человека, который приучался чувствовать себя лишь «винтиком» огромного механизма. Уничтожалось чувство неповторимости, уникальности каждой индивидуальной жизни. К сожалению, такое отношение к человеку сохраняется и в современной России, приобретая другие формы выражения.

Для предупреждения самоубийств необходимо воспитание в человеке с детства чувства собственного достоинства. Важно, чтобы человек ощущал себя личностью, уважал себя, свои взгляды, решения, учился чувствовать свою индивидуальность и общность с другими, ценить неповторимость и бесконечное многообразие жизни.

Механизмы конформистских подходов закладываются еще в раннем детском возрасте и являются результатом, прежде всего, семейного, родительского влияния. Если создаваемый родителями семейный психологический климат определяется терпимостью, уважением к различным точкам зрения, приверженностью к гуманистическим ориентациям, эти черты рано воспринимаются детьми. Если родители характеризуются нетерпимостью, максималистским отношением к жизни, в семье превозносятся подчинение и тупое послушание, преклонение и восхищение авторитетами, естественно, что и эти подходы воспринимаются детьми и формируют их отношение к миру. Дети рассматривают обычно своих родителей в качестве всемогущих фигур, способных решить все проблемы, всегда правых в своих высказываниях и суждениях. Дети часто идентифицируют себя с родителями, перенимая их подходы, отношение к жизни, симпатии и антипатии. Во многих случаях дети на интуитивном уровне чувствуют отношение родителей не только к тем или иным конкретным людям, но и к национальностям, конфликтным ситуациям в обществе, они "чувствуют" отношение родителей к искусству, литературе, по-своему тонко оценивают их художественный вкус. Предубеждения, свойственные родителям, могут усваиваться детьми и оказывать на них большое влияние. Об этом убедительно писал известный американский психолог Allport (1958). "В моем наиболее раннем детстве, я припоминаю, что я чувствовал сильный антагонизм по отношению к каждому, кто имел противоположные взгляды и другие симпатии, чем мои родители. Они часто говорили о таких людях за ужином. Я думаю, что меня впечатлял доверительный тон голоса, которым мои родители передавали свои убеждения, осуждали своих оппонентов и убеждали меня в своих всемогущих знаниях".

Такая идентификация с родителями, с принятыми в семье подходами происходит не только на уровне сознания, но включает и более глубокие подсознательные механизмы. Конечно, она более вероятна в случаях, когда между детьми и родителями выражено чувство любви и привязанности. Чувства родителей эмпатизируются и имитируются детьми. Хорошо известно, что дети повторяют мимику, интонации родителей. Если ребенок, "настроенный" на восприятие эмоционального состояния родителей во время разговора о людях, вызывающих у них отрицательное отношение, улавливает эмоциональное напряжение, раздражение или злость, то при похожих ситуациях (разговор на близкую тему или встреча с людьми, чем-то напоминающими осуждаемых родителями) у него также может развиться аналогичное эмоциональное состояние даже без сознательного осмысления этого явления.

Таким образом, конформность по отношению к родителям может стать в

дальнейшем серьезным источником предубеждений, в особенности если последние свойственны и близкому окружению. В благоприятных условиях под влиянием людей с другими точками зрения, например в обстановке приемлемости различных взглядов, уважения к людям вне зависимости от их социального, этнического, происхождения, уважения прав человека, такие предубеждения, как правило, постепенно исчезают, иногда приводя к реакциям "бунта", внутрисемейным конфликтам.

В то же время общества или группы людей, находящиеся под сильным влиянием и подверженные фанатическим идеологиям, постоянно рождают и поддерживают чрезвычайно стойкие конформистские подходы. В этих условиях конформистское поведение носит нередко адаптивный защитный характер, с ним связана возможность идентификации с группой, оно обеспечивает условное покровительство лиц, обладающих властью...

Сформировавшиеся в раннем детстве конформистские механизмы способствуют восприятию авторитетных фигур (к которым относят в рамках конформизма лиц, находящихся на высших ступеньках иерархической лестницы) в качестве замены родителей. Послушание расценивается как одна из основных добродетелей, воспитанных в детстве. Критическое отношение к «авторитетам» сопровождается чувством вины и страха перед наказанием, что является постоянным эффективным тормозом, сдерживающим выход за пределы конформистских стереотипов.

Конформистское поведение представляет собой феномен, в котором наиболее выделяются социальная и психологическая стороны. В отличие от аддиктивного поведения медицинский аспект здесь имеет меньшее значение, хотя и может присутствовать.

Конформистское поведение–одна из форм искусственной, неподлинной жизни. Такой человек уходит от контакта с самим собой, не пытается узнать правду о себе, у него мало выражено самоосознание. Главными в его жизни считаются «общепринятые», трафаретные ценности, рекламируемые средствами массовой информации. Конформисты лишены индивидуальности, стереотипны и предсказуемы в своих действиях. Такой образ жизни для них естественный и единственно возможный; людей, действующих по–другому, они не понимают, или считают психически неполноценными. Конформистское поведение приносит им чувство радости и спокойствия.

Среди конформистов встречаются люди, которые резко отрицательно относятся к переменам, происходящим в современной России, мотивируя это тем, что «раньше жилось хорошо и счастливо». Это типичное проявление конформистской установки в жизни, и страха оказаться перед необходимостью разобраться в себе и других, критически оценить ситуацию. Конформизм позволяет автоматически избавиться от необходимости занимать активную позицию, самостоятельно организовывать свою жизнь, превращая человека в марионетку.

Конформистское сознание характеризуется также значительно представленной конвергенцией в жизненных подходах. Под конвергенцией в психологии понимаются концентрация внимания на какой-либо одной стороне вопроса, функционирование в рамках жестко заданной системы. Конвергенты испытывают затруднения в попытке оценить решаемую проблему с другой позиции, по-новому. В психологических исследованиях конвергенты плохо справляются с решением задач «с открытым концом», где нужно найти как можно больше решений. У них слабо представлены воображение и интуиция. В результате диапазон их видения мира ограничен довольно узкими рамками. Выраженные конвергенты, как правило, не интересны как люди, так как кроме профессиональных тем их ничего не привлекает, а в других вопросах они проявляют невежество или предлагают упрощенные подходы. Конвергенты плохо схватывают юмор, они вообще не любят шутить, воспринимая все "серьезно". Конформисты также в целом отрицательно относятся к юмору. Очевидно, это связано со страхом подорвать авторитет «начальства», которое может оказаться прямым или косвенным объектом шуток, или со

страхом самому оказаться смешным в глазах других людей.

Конформистской психике мало свойственны чувства вины, симпатии, сопереживания, как, впрочем, и чувства злости, ненависти. Вообще, эмоциональная жизнь при этом обеднена, межличностные отношения поверхностны. Вот как об этом пишет Musil (1971): "Сегодня ответственность не тяготит уже самого человека, а зависит от взаимосвязей различных дел. Разве не заметно, что переживания сделались независимыми от людей? ...Кто может еще сегодня сказать, что гнев является действительно его собственным гневом, если столько людей в это вмешиваются и лучше разбираются в делах, чем он сам? Возник мир самих свойств без человека, мир переживаний без того, кто их переживает, и почти создается впечатление, что в идеальном случае человек не сможет уже ничего пережить индивидуально, а сладкая тяжесть личной ответственности растворится в системе многозначительных формул".

Конформистское поведение имеет в некоторых случаях и клинический аспект, относящийся к «малой» психиатрии; этот аспект проявляется у больных истерическим неврозом. Польский психиатр Jakubik обращает внимание на то, что конформизм нередко применяется у больных как средство инграциации (вхождение в доверие для получения награды). Автор пришёл к заключению, что внешне создаётся впечатление о повышенной внушаемости этих больных, в то время как на самом деле это не истинная внушаемость, а феномен инграциации. Индивидуумы с большой зависимостью от давления окружающих проявляют склонность к конформизму и подчинению давления группы, а также характеризуются низким уровнем ожидания успеха в ситуациях, требующих общественной оценки их действий. Таким образом, конформистское поведение является одним из видов манипуляционной техники у больных истерическим неврозом.

А.Е.Личко также обращал внимание на проявление конформизма в клиническом плане, приводя данные наблюдений о том, что у лиц, заболевших злокачественной шизофренией, в подростковом возрасте наблюдалась конформная акцентуация личности. По–видимому, в подобных случаях конформистские установки возникали в связи с переживаниями какой-то тревоги, экзистенциального страха, которые иногда являются предвестниками развития психоза, и были, таким образом, защитной реакцией, помогающей временно частично адаптироваться к психологически дискомфортным состояниям.

Стратегия коррекции созависимости

Стратегия коррекции созависимости включает:

(1).Обращение к сознанию пациента, объективное информирование о том, как происходящее с ним выглядит со стороны и к каким последствиям приводит. Интеграция информации в сознании пациента.

(2).Поиск социопсихологических факторов, провоцирующих развитие созависимости. Обращается особое внимание на наличие у созависимых пациентов комплекса неполноценности, во многом определяющего их жизненную стратегию. Созависисые лица считают, что они мало что могут, что они ни для кого не интересны, что на них обратят внимание лишь тогда, когда они будут оказывать помощь другим, более слабым людям. Этим объясняется выбор в брачные партнёры аддиктов, так как созависимые лица интуитивно чувствуют их слабость и нуждаемость в опеке. Исправление этого механизма может идти только через изменение отношения к себе и развитие уверенности.

(3) Осторожное избавление аддикта от наиболее деструктивных методов психологической защиты, (например, от проекций вины на других с поиском существа проблемы не в себе, а в ситуации в обществе, на работе, в семье), от рационализаций, заключающихся в объяснениях, что без аддикции будет хуже, (например, «курю потому, что освобождаю себя от стресса», который приводит к развитию серьёзных болезней.

Необходимо подчеркнуть, что хотя коррекция созависимости непосредственно связана с устранением отрицания наличия проблемы, к этому можно стремиться лишь после создания для пациента альтернативы, новых мотиваций. Быстрое, неподготовленное разрушение отрицания часто приводит к развитию депрессии, тревоги, провоцирует риск суицида или антисоциального поведения.

Воздействие через сознание может быть успешным только при участии других членов семьи, понимании ими правила, согласно которому они должны по другому относиться друг к другу и по другому воспринимать друг друга.

(4). Стимуляция в созависимом пациенте позитивных мотиваций, не получивших достаточного развития. Обращение к подсознанию, активация творческого потенциала.

Таким образом, созависимость представляет собой отклонение в развитии, непосредственно обусловленное дисфункциональным, травматизирующим ребенка воспитанием. Созависимость находит свое выражение в неуверенности, низкой самооценке и в связи с этим в неспособности устанавливать стабильные здоровые отношения, как с самим собой, так и с окружающими людьми. Затруднения в отношениях с собой выражаются в слабой идентичности, неспособности оценить себя, адекватно позаботиться о себе, сформулировать для себя свои потребности и желания. Трудности в отношениях с людьми выражаются в неспособности защитить себя, устанавливать свои приоритеты, позволять другим манипулировать собой.

Варианты созависимых жен

В семьях аддиктов, и особенно химических, жена часто выступает в виде созависимого субъекта. В связи с этим предпринимались попытки выделить различные варианты поведения, которые характерны для созависимых жен.

Так, например, Roche (1990) выделяет несколько часто встречаемых в практике вариантов созависимых жен. Одним из них является ажитированная (возбужденная) жена. Для такой женщины характерна повышенная эмоциональность и связанная с нейактивность, интенсивная смена настроений. Настроение флюктуирует, в зависимости от ситуации, которая создается в конкретный момент.

Каждое событие, связанное с аддикцией мужа, вызывает определенные реакции, а таких событий много.

Таким образом жена старается восстановить равновесие внутри семьи и хоть что-то изменить в поведении аддикта. Лозунг, которым она руководствуется, звучит так: «Я очень забочусь и проявляю сверхзаботу».

Преобладающей характеристикой жены ажитированного варианта является эмоциональное выражение. Эмоции активизированы, они переживаются и выражаются в ответ на различные, непредвиденные ситуации. Жена хорошо предвидит динамику событий, на основании регистрации сигналов, которые незаметны для посторонних, и чувствует, что скоро произойдет или уже происходит событие, связанное с зависимостью. Аддикт старается это событие каким-то образом скрыть. Ему это плохо удается, т.к. все отношения рассматриваются в контексте направленности на аддикта. Наиболее частыми чувствами жены при этом являются злость, месть, ярость, иногда скорбь, страх. Появляется жалость по отношению к себе. Поведение носит очень вариабельный характер. Если попытка действовать по определенной схеме проваливается, жена начинает действовать по-другому. Используется тактика проб и ошибок. Осуществляемые действия характеризуются высоким уровнем активности, проходящей под девизом: «Я стараюсь делать все возможное». Преобладающий подход направлен на коррекцию аддиктивного поведения. Ассертивный подход, к сожалению, используется редко. Если выбранная тактика оказывается эффективной, она продолжает использоваться до тех пор,

пока не перестанет быть таковой. Эмоциональные и поведенческие маневры используются для того, чтобы минимизировать и корректировать зависимость и вернуть отношения к какому-то исходному доаддиктивному уровню.

Такие жены используют стратегию контроля, стараясь контролировать поведение аддикта насколько возможно, следить за ним, за тем, не прячет ли он, например, алкоголь; куда уходит; когда приходит с работы; куда тратит деньги. Характерна сверхзанятость повседневными делами и заботами, которые каким-то образом связаны с аддикцией.

Реакции таких жен немедленны и открыто проявляемы. Они не сдерживают свои чувства. Эмоции флюктуируют между экстремальными, противоположными друг другу негативным и позитивным полюсами: любовь-ненависть, надежда-страх, радость - отчаяние. Часты проявления отчаяния в виде плача, рыданий, оскорблений, крика.

Нередко используется стратегия сравнения и конкуренции, когда задается вопрос: «Что тебе дороже – я, или то, что ты делаешь».

Система *психологических защит* у жен ажитированного типа представлена слабо. Иногда предпринимаются попытки отрицания. Психологические защиты направлены на защиту самооценки.

Ажитированная супруга защищает себя, используя рационализацию, а иногда и интеллектуализацию. При этом она переводит аддиктивные проблемы в отвлеченную, абстрактную форму для того, чтобы дистанцироваться от своих чувств в процессе, например, дискуссии. Женщинам такого типа это не очень удается.

Иногда используется такая разновидность психологической защиты, как проекция, смысл которой заключается в том, что если неприемлемые чувства, эмоции, импульсы и их прямое выражение угрожают интересам личности, применяется их проекция для снижения тревоги и напряжения. Например, если жена испытывает обоснованную злость по отношению к мужу, но в это время она по каким-то причинам боится проявить ее до конца и излить ее на мужа, то она проецирует отреагирование эмоций на более безопасный канал и изливает свою злость не на мужа, а, например, на детей, которые попались в это время под руку.

Дети страдают оттого, что вынуждены участвовать в этой драматической ситуации. Они находятся в состоянии напряжения, понимая, что хотя этот конфликт потенциально вызван реально совершенным ребенком нарушением, он вовсе не заслуживает такой неадекватно бурной эмоциональной реакции матери.

Когда эмоции таким образом разряжаются, наступает облегчение. Тем не менее, облегчение носит кратковременный характер, вслед за ним наступает часто наблюдаемая в этом случае расплата в виде появляющегося у матери чувства вины и раскаяния за содеянное. Отсюда дальнейшее снижение ее самооценки. Несмотря на это, шанс повторения подобных сцен очень велик.

К следующему типу, выделенному Roche (1990), относится вариант *созависимой истощенной супруги.* Женщина в такой позиции чувствует себя чрезвычайно стрессированной и эмоционально истощенной, в связи с тем, что все ее попытки справиться с ситуацией, с требованиями, которые сопровождают созависимость, захватывают ее целиком, изматывают, забирают все силы. Как результат такого поведения возникает поведение избегания. Фокус интенций направлен на самосохранение, подавление психоэмоционального напряжения и поиск варианта возможного комфорта с одновременным стремлением вызвать чувство вины у аддикта: вот до чего ты меня довел! Типичным является следующее утверждение: «Я чувствую себя слишком плохо, чтобы проявить заботу».

Выражение эмоций переживается как состояние, истощающее личность. Даже незначительное волнение провоцирует развитие физической слабости. Разрядка эмоций обычно или вообще не приносит никакого облегчения, или очень ограниченное облегчение. Отсюда постоянный психологический дискомфорт.

Наиболее часто переживаемыми чувствами таких жен являются депрессия, чувство собственной неполноценности, тревога, безнадежность, страх, ненависть к себе. Стиль поведения рутинный, ригидный, трудно изменяемый.

Конфликты избегаются, предпочитается пассивная позиция по отношению к разным ситуациям и видам деятельности. Ведущий лозунг: «Меня нельзя беспокоить. Я и так больна и плохо себя чувствую. Я не могу совершить такое усилие. Для меня это слишком большая нагрузка».

Преобладающий подход-беспомощность, апатия, уход в себя, невозможность изменить состояние. Единственная сверхзанятость направлена на аддикта и аддиктивную ситуацию.

Конструктивная конфронтация с аддиктом нетипична. Длительный психологический дискомфорт, преобладающий в общей картине аддиктивного поведения другого человека, создает высокий уровень хронического стресса.

Можно говорить о наличии у таких женщин потребности в депривации, в том, чтобы максимально минимизировать число раздражителей, сократить количество встреч, событий.

Созависимым истощенным женам хочется, чтобы в их жизни почти ничего не происходило. Усталость и истощение возникают удивительно легко и быстро.

В качестве механизма избегания и защиты используется сон, который, к сожалению, не освежает и энергетически не восстанавливает. Стремление уйти в сон реализуется с трудом, а зачастую бывает невозможным. Бессонница становится предметом беспокойства, усиливает напряжение.

Типичны потеря аппетита и неполучение удовольствия от еды.

Часто используются психофармакологические средства в виде седативных, снотворных и транквилизаторов. На ночь часто принимается валокордин, обладающий некоторым снотворным и успокаивающим действием.

Часто переживаемым депрессивным признаком является ангедония-потеря способности реагировать радостью или переживать удовольствие даже при благополучном развитии событий.

Характерен уход в различные аддиктивные фиксации. Кроме седативных средств и транквилизаторов могут использоваться алкоголь, и даже пища, несмотря на отсутствие аппетита. Пища употребляется не как средство утоления голода, а для снятия напряжения.

Некоторые обеспеченные женщины такого типа бездумно тратят деньги на покупку ненужных вещей.

Характерна эмоциональная сверхчувствительность – чрезмерная, сверхинтенсивная реактивность на незначительные проблемы. Сенситивность проявляется в раздражительности, возникновении сниженного настроения с оттенками разного содержания, обидчивости. Появляются нарушение кратковременной памяти, плохая концентрация внимания, затруднение в принятии решений, потеря ясности мышления; трудности в адекватной оценке ситуации; ригидность; отрицательное отношение к любым изменениям, переменам, новым подходам, новшествам. При нарастании депрессии характерны сглаженность аффекта и бурных эмоций. Притупляется ощущение даже острой эмоциональной боли. Трудно плакать, трудно выразить эмоцию в слезах. Характерен отказ от многих видов активности, ограничение круга социальных и эмоциональных интересов. Иногда развиваются соматические симптомы, которые можно объединить общим названием «плохое здоровье».

В системе *психологических защит* преобладают отрицание и минимизация проблемы.

Репрессия с целью избегания неприятных воспоминаний, обычно не бывает достаточно эффективной для защиты от эмоционально неприятных состояний. Она лишь немного смягчает их, но полностью от них не избавляет.

Одна из женщин категории истощаемого варианта рассказывала: «Я чувствую себя такой истощенной, что по утрам мне не хочется вставать. Я предпочла бы спать и спать. Мне трудно представить, как я проведу следующий день. Мне хотелось бы оказаться в каком-нибудь коконе. Я очень устала. Хочется собрать минимум вещей, упаковаться, уйти и покинуть всех. Я не могу выносить даже собственных детей. Раньше я радовалась им, а теперь они раздражают меня. Я чувствую себя одинокой. Я стала прибавлять в весе и становлюсь очень некрасивой, но я не могу удержаться от еды, хотя мне не хочется есть. Я ненавижу себя за это. Отношения с мужем ухудшаются. Он тратит все деньги на ипподроме и почти не разговаривает со мной. Финансовое положение семьи ухудшается. Я боюсь будущего. Иногда мне хочется думать, что все, что происходит - это плохой сон. Мне трудно чем-то занять себя. Если бы мне никто не мешал, мне было бы легче, но приход мужа раздражает, возникают конфликты, которых я хочу избежать».

Созависимые жены, подавляющие собственные эмоции, на сознательном уровне ощущают чувство эмоциональной пустоты, вызванное репрессированной в частично заблокированное бессознательное эмоциональной болью.

Способность интенсивно переживать как положительные, так и отрицательные эмоции снижена. Осознание эмоционально неприятных эпизодов прошлого затруднено. Только очень сильные события и эмоционально стрессирующие эпизоды прошлого, связанные с зависимостью аддикта, вспоминаются как в тумане. Такое подавление эмоциональных состояний, особенно неприятных, и размещение их глубоко в бессознательном редуцирует внутренний конфликт. Все усилия направляются на реорганизацию семейной жизни, которая осуществляется так, чтобы исключить аддикта из круга своих интересов или минимизировать влияние на себя последствий его деструктивного поведения. Типичным лозунгом является: «Меня это не беспокоит, я в этом не участвую. Я вне заботы и вне круга его проблем». Эмоциональное реагирование снижено. Проявляются эмоциональная холодность, отстраненность, безучастность, пустота, иногда чувство ненависти, но чаще индифферентность, презрение, отвращение по отношению к аддикту. Поведение направлено на реорганизацию и создание возможностей для выживания семейной структуры, из которой аддикт устранен. Формируется ориентация на собственные силы, на себя, как на компетентного человека, который может все сделать, все устроить и не нуждается в помощи аддикта. Девизом жены является следующий: «Это нужно сделать и никто кроме меня этого не сделает». В решении каждодневных задач представлена самодостаточность.

В отношениях с аддиктом имеет место тенденция к очерчиванию границ. Этот стиль поведения выходит за рамки современного понимания созависимости. Признак отграничения собственных личностных границ от границ личности аддикта и стремление не смешиваться с ним противоречит определению и существующему у большинства специалистов пониманию поведения созависимости. Имеет место принципиально иной стиль поведения. Иногда это выход и протест против созависимости на каком-то ее этапе. При этом происходит реструктуризация ролей и отношений. Такой тип поведения часто наблюдается у женщин из аддиктивных семей, которые обучались ассертивному поведению. В то же время, внимательный анализ ситуации показывает, что косвенным образом все-таки используются различные стратегии, характерные для созависимости.

Известно, что далеко не все, что выражается словами в процессе коммуникации, достаточно точно характеризует эту коммуникацию. Несмотря на отсутствие вербального выражения протекции, контроля и конкуренции, свойственных созависимости, некоторые нюансы понимаются и передаются на бессознательном уровне. То, что таким образом передается, например, на эмоциональном уровне, оказывает на аддикта гораздо большее воздействие.

Нужно учитывать, что жены этого типа серьезно подходят к возможности развода, сепарации и окончательного разрыва отношений с аддиктом. Контекст отношений с аддиктом включает отказ от эмоциональных потребностей. Отчетливо прослеживается

отрицательный подход к аддикту. Большое количество энергии затрачивается на соблюдение эмоциональной дистанции от него. Отсюда оживление социально активной жизни вне семьи в виде участия в различного рода собраниях, клубной деятельности, обучении, участии в психологических тренингах и пр.

Характерна акцентуация на внешнем проявлении компетентности, за которой камуфлируются скрываемые от себя и окружающих сниженная самооценка и сомнения в собственной значимости.

Призывы аддикта о помощи отрицаются или не замечаются. Желание аддикта получить эмоциональную поддержку также остается без внимания.

Эмоциональное состояние таких женщин в целом неудовлетворительное. Стрессирование аддиктом других членов семьи, например, детей, воспринимается как нечто угрожающее и может приводить к неадекватным реакциям. Система личностных защит развита хорошо. Чаще других используется репрессия. Несмотря на то, что психологические защиты эффективно защищают от осознания эмоциональной боли, это происходит ценой потери общей реактивности, сочувствия и сопереживания. Эти отрицательные эмоции накапливаются в бессознательном, что может приводить, в случае их проявления, к неожиданным, непрогнозируемым поступкам, например, к выраженной агрессии.

Стратегии созависимых лиц

Созависимые лица, сами того не желая, создают для аддикта комфортные условия. Это прослеживается при внимательном анализе семейных проблем. Процесс создания таких условий обозначается термином *enabling -создание статуса наибольшего благоприятствования для развития аддикции за фасадом, казалось бы, серьезной борьбы с ней.*

Человек, который осуществляет enabling, старается устранить или ограничить употребление алкоголя аддиктом, препятствовать участию в азартной игре и пр., любым доступным для себя средством. Опыт показывает, что enabling во многом основан на мониторинге – контроле поведения аддикта. Методы контроля, как правило, состоят из следующей цепочки: пытаться не давать аддикту денег, забирать у него зарплату; профилактировать, насколько возможно, контакты с теми, кто может снабдить его наркотиками или алкоголем; повсюду сопровождать, провожать и встречать с работы, контролировать его свободу, лишать возможности посещать встречи и вечеринки, ходить в гости, не позволять аддикту присутствовать там, где есть возможность приобщения к аддиктивной реализации (выпивке, игре и т. д.).

В основе такого поведения лежит представление созависимого человека о том, что зависимый от алкоголя или наркотиков член семьи может свободно выбирать, что ему делать, например, не злоупотреблять алкоголем, а употреблять его в приемлемой форме. То есть, он может вести себя по отношению к аддиктивной реализации так, как он хочет.

Людям, осуществляющим enabling, удается ограничить аддикта только на короткие промежутки времени. Такая тактика оказывается неэффективной на длинную дистанцию потому, что, *во-первых*, у аддикта нет достаточных мотиваций на отказ от аддикции, и, *во-вторых*, enabling не стимулирует развитие антиаддиктивных мотиваций. Находящийся в зоне enabling'а аддикт продолжает аддиктивное поведение и все более уходит от контроля.

Объективно в такой семье создается ситуация, при которой доминирует не созависимый, а аддикт, формируя границы и модель отношений. Он мешает членам семьи, друзьям и родственникам вести себя свободно по отношению, как к нему, так и к ним самим, стягивая их энергию и время на себя.

Аддикт отвлекает созависимых людей от нормальной, необходимой для них деятельности, поэтому они живут практически неполноценной жизнью.

Поскольку контроль оказывается неэффективным, это фрустрирует созависимых, вызывает у них чувство злости, гнева, обиды, желание отомстить и самоосуждение. Эти деструктивные эмоции направлены как на себя, так и на аддикта. Возникают конфликты, нарастает напряжение, ситуация осложняется.

Аддикт начинает считать, что все настроены против него. Такая позиция приводит к дополнительному раздражению, отчаянию и усилению аддиктивного поведения.

В результате члены семьи и друзья чувствуют себя все более изолированными от аддикта. Возникает сильное чувство обиды. Эмоциональные связи с аддиктом, на которых строились все отношения, в значительной степени ослабевают, возрастает обоюдное недоверие и антагонизм. Возможность даже того ограниченного контроля, который осуществлялся раньше, снижается.

Ухудшение отношений вызывает у аддикта развитие такой защитной реакции, как рационализация, способствующая продолжению аддикции. «Ко мне очень плохо относятся,- уговаривает себя аддикт, - я не могу не злоупотреблять алкоголем при таком отрицательном отношении ко мне. Почему я не должен пить, если у меня такая ситуация дома? Что мне еще остается делать?». Увеличивается вероятность ссор и физической агрессии; усиливаются манипуляции, имеющие целью достать наркотик; развиваются навыки, направленные на то, как лучше обмануть созависимых людей; замедляется распознавание болезненной сущности аддикции; стимулируется избегание всех тех, кто действительно заботится о здоровье и благосостоянии аддикта; создаются условия для учащения контактов с другими аддиктами, теми, кто обеспечивает снабжение аддиктивными агентами, с пунктами распространения и т. д.

Контроль, который осуществляют созависимые лица, имеет ряд отрицательных последствий. На него затрачивается непропорциональное количество времени и энергии. В семье аддикта наблюдается феномен, который фактически является своего рода навязчивостью. Речь идет о доминировании в сознании всех членов семьи ситуации, связанной с аддикцией. Все все время думают об этом. Чем больше человек созависим, тем большее место в его сознании занимают мысли об аддикции.

Создается отрицательное отношение к аддикту, в нем находят все большее количество отрицательных качеств. Он рассматривается членами семьи как все более эгоцентричная, недостойная доверия личность.

Аддикт воспринимается окружающими отрицательно потому, что он отказывается сотрудничать с созависимым человеком и не поддается его контролю. У всех, вовлеченных в этот процесс людей, появляется тревога. Часто в конфликт вовлекаются дети. Создается напряженная семейная атмосфера с подавлением эмоций и отсутствием самовыражения. Нарушается социальная жизнь в связи с ограничением и избеганием контактов.

Созависимые лица используют стратегию защиты аддикта от последствий его поведения. Они часто скрывают проблему от других, обманывают знакомых, друзей и сотрудников по работе в отношении наличия такой проблемы, отрицают ее наличие, инструктируют членов семьи, чтобы они не обсуждали проблемы, связанные с аддикцией, с чужими людьми, включая даже тех, кто мог бы оказать помощь, ограничивая тем самым возможность поддержки со стороны. Все делается ради сохранения семейной тайны.

Они становятся мастерами своего рода в изобретении различных извинений и социально приемлемых объяснений для того, чтобы обмануть других и направить их по неправильному пути, если те заметили наличие проблемы. Они стараются таким образом защитить аддикта, хотя это не удается.

Это приводит к отрицательным результатам, т.к. усиливает рационализацию аддиктом своего поведения, направленную на сохранение самооценки. «Со мной все в порядке, - говорит он себе, - ничего страшного не происходит. У меня нет серьезной проблемы». Этот самообман носит болезненный патологический характер. Он очень

жестко закрепляется, поскольку, благодаря поддержке других и, особенно, созависимых людей, старающихся всячески выгородить аддикта, фасад его нормальности сохраняется.

Возникает синдром «уличного ангела и домашнего дьявола». На людях аддикт ведет себя пристойно и сверхприлично, а дома безобразно, что приводит к нарастанию фрустрации и напряжения. Те, кто осуществляет эту стратегию защиты, оказываются во все большей социальной изоляции. У них увеличивается напряжение, появляется хронический стресс.

Манипулятивность и изобретательность в создании новых способов управления другими еще больше отчуждает таких людей от источников помощи. Они обучаются избегать сенситивных точек в межличностных контактах. Возникают отношения избегания.

Практика показывает, что пока продолжается созависимое поведение, перспективы и прогноз для аддикта неблагоприятны. Не помогает даже проводимое лечение потому, что погружение в прежнюю семейную атмосферу увеличивает шансы для продолжения аддиктивного поведения.

В связи с этим мы попытались более глубоко проанализировать суть такого явления, как созависимость. Предлагаемая *концепция структуры аддикции* выглядит следующим образом.

Всякая адцикция возникает на определенной, подготовленной для нее благоприятной почве, которая представляет собой феномен, частично укладывающийся в понятие созависимости. Некоторые авторы пытаются говорить о созависимости как о нозологической единице. Для того, чтобы говорить о ней как о форме болезни, нужно выделить симптомы болезни, как это, например, делается по отношению к тем же аддикциям. На сегодняшний день эти симптомы не очень четко представлены, но даже на основании некоторых из них можно утверждать, что все аддикции многослойны. В них можно выделить базисный слой. Эпигенетической структурой аддикции является болезненный процесс, который в дальнейшем, возможно, будет диагностирован как определенное заболевание, т.е. аддикция возникает у больного человека. Болезнь, на основе которой возникает аддикция, условно можно назвать созависимостью, хотя это состояние, очевидно, выходит за рамки созависимости.

Чтобы эта модель была более понятной, представим себе дистимию как маловыраженную депрессию, на фоне которой могут возникать разные проявления и, в том числе, большая депрессия. Больному, поступившему на лечение по поводу большой депрессии, назначают антидепрессанты. При этом дистимия – малая депрессия – остается, если лечение не продолжается. Парадокс заключается в том, что лечить малую депрессию тяжелее, чем большую. Нужны большие дозы психофармакологических препаратов и значительная длительность их применения. Сам человек этого не понимает. Он привык к малой депрессии, поскольку она у него длится годами, а иногда и десятками лет. Он считает ее особенностью своего характера. Это состояние снижает качество его жизни. Если снять дистимию, то излечивается второй слой, на котором строилась большая депрессия. Если использовать эту модель по отношению к аддиктам, можно сказать, что у них присутствует аддикция и присутствует болезненный процесс, из которого аддикция вырастает. В связи с этим необходимо, прежде всего, более подробно определить признаки, которые определяют болезненный процесс созависимости.

К одному из основных признаков, несомненно, как уже указывалось, относится *слабая идентичность.* Лица со слабой идентичностью не надеются и не рассчитывают на самих себя, у них недостаточно представлено чувство Self'a и выражена хронически *сниженная самооценка.* Низкая самооценка была заложена в раннем детстве в результате негативных средовых факторов и личностных особенностей родителей, или тех, кто их заменял. В связи с этим присутствует выраженная *внешняя референтность,* при которой, основные надежды проецируются не на себя, а на других людей.

Далее, характерен *страх оказаться в одиночестве*, никому не нужным, невостребованным. Имеется готовность подчиняться другим, выполнять их требования, позволить себе быть манипулируемыми этими людьми до очень выраженной степени. В случае установления с кем-то достаточно близкого контакта, появляется страх прекращения этого контакта, страх быть брошенным и покинутым. *Страх покинутости* строится на идее о *собственной неполноценности*, неинтересности, поэтому делается все возможное, чтобы сохранять имеющиеся отношения.

Внешняя референтность часто приводит к утрате *границ собственного Я.* Созависимый начинает жить не своей жизнью, а жизнью аддикта. Созависимые лица с детства *обучены осуществлять заботу о других* людях. Их низкая самооценка сочетается с уверенностью в том, что они могут быть интересными и незаменимыми только для тех, кто нуждается в заботе, у кого эта потребность в заботе востребована.

Аддикты – это как раз те люди, которые нуждаются в заботе. Забота об аддикте, протекция и контроль над ним, вплоть до физического ухода в тяжелом состоянии (абстиненции, интоксикации, безденежье) придают определенный смысл жизни. Возникают моменты, когда созависимый человек чувствует себя на высоте, при этом ощущение себя значимым и незаменимым сильно возрастает. Иногда формируется психология мученика, которой он даже гордится. Иногда образ жизни достигает уровня жертвенности. Все это не оставляет созависимым шансов быть самими собой, развивать себя, свои навыки и способности. Вся их энергия и время направлена вовне, на контроль, защиту, конкуренцию с аддиктом.

Созависимому человеку так же, как и аддикту, *трудно находиться наедине с собой.* Это непривычная и неприятная для него ситуация, которая сопровождается ощущением того, что что-то может произойти, что жизнь не имеет смысла, во всяком случае, для него, поскольку она/он в каком-то плане хуже других.

У созависимых лиц часто возникают такие *психосоматические заболевания,* как язвенные болезни, сердечно-сосудистые нарушения, бронхиально - астматические состояния, некоторые психоэндокринные синдромы. Статистический анализ показывает наличие в аддиктивных семьях парадоксального явления, согласно которому срок жизни созависимых меньше *продолжительности жизни* самих аддиктов. Этот факт доказан в отношении лиц с химическими аддикциями и, особенно, с алкогольной. Он объясняется тем, что постоянное психоэмоциональное напряжение созависимых лиц и хронический стресс сокращают их жизнь.

Анализ показывает, что созависимые лица делают все возможное для подавления своих эмоций. Подавление идет на уровне *репрессии и супрессии*. Под репрессией понимается автоматическое подавление отрицательных эмоций и вытеснение их в бессознательное. Выявить репрессированные эмоции трудно из-за психологического сопротивления.

Супрессия – это подавление эмоций в сферу пресознания, находящуюся между ego и бессознательным. Материалы, хранящиеся в пресознании, могут быть легко осознаны. Стоит только слегка переключить внимание, как они всплывают и очень легко осознаются. Наличие двух видов вытеснения создает фон напряжения, характерный для лиц с созависимостью, что способствует развитию соматических заболеваний.

Созависимые лица отчуждены от своих чувств, находятся вне контакта с ними. Иногда говорят, что их чувства заморожены. Их поведение дома, отношения с детьми зиждятся на модели *замороженности чувств*, которую они стараются привить и своим детям. Дети очень рано обучаются ни о чем значимом не говорить, не выражать свою неудовлетворенность, злость, возмущение, подавлять их. При этом часто срабатывает такой механизм психологической защиты, как *«формирование реакции».* Этот термин подразумевает следующее. Если сложившиеся обстоятельства и ситуации не позвляют человеку выразить его отрицательное отношение к другому человеку или событию, то возникает парадокс, при котором эта эмоция превращается в противоположную, в

положительное отношение. Люди с созависимостью часто внушают себе, что они хорошо относятся к чему-то или кому-то, что они проявляют большую любовь, хотя часто за этим стоит противоположное чувство обиды, ненависти и т.д.

Созависимые лица в каком-то плане очень *доверчивы.* Но их доверчивость одноканальная. Они доверяют практически всему, о чем им говорят аддикты. Если аддикт рассказывает какую-то историю, которая объясняет или оправдывает его поведение, они могут этому поверить. Они доверяют рассказам аддиктов о плохом состоянии их здоровья, особенно в случае аггравации этого состояния, доверяют обещаниям прекратить употребление аддиктивного агента.

Собственному восприятию созависимые лица не доверяют. Они «проглатывают» все, что им говорят аддикты. Для них характерна *ригидность.* Выработанный однажды стиль поведения сохраняется и транслируется.

Одним из последствий ригидности является *максимализм суждений.* Все воспринимается ими в черно-белых тонах без промежуточного, серого оттенка.

Им свойственно *стремление производить ложное впечатление,* которое выржается в создании фасада нормальности и беспроблемности семьи. Такая деятельность требует больших энергетических затрат, а результат таких усилий нулевой потому, что люди понимают, что в семье есть серьезные проблемы.

Базисная созависимость распространяется не только на свою семью, но и на несколько семей. Такие семьи иногда дружат.

Конгломерат нескольких семей, в которых представлена созависимость, усиливает этот процесс, создаются тепличные условия, где аддикиция благоприятно произрастает. Возникает аддиктивное сообщество типа «клана». Тому, у кого нет ни созависимости, ни аддикции, попасть в этот клан очень трудно.

Так, например, созависимые женщины обычно выходят замуж за аддиктов. В противном случае браки быстро распадаются. Могут распадаться браки и между аддиктами. В группе созависимых можно выделить субкатегорию лиц, которые часто разводятся.

У некоторых созависимых женщин из такой группы в результате опыта жизни с аддиктами приобретается уверенность в том, что они всегда могут найти себе подходящий объект и поэтому не боятся разрыва брака. Они быстро связывают себя с другими аддиктами, руководствуясь правилом: «Меня будут устраивать эти отношения до тех пор, пока ситуация станет совсем неуправляемой». Поскольку это просиходит не сразу, то на протяжении какого-то периода времени женщина удовлетворена своими отношениями. Отношения с неаддиктами ее пугают, т.к. она не знает, «что с ними делать и на каком языке с ними разговаривать».

Согласно опыту Миннеапольского центра по коррекции аддикций и созависимости, основными пререквизитами *(условиями), необходимыми для эффективной коррекции,* являются:

1. Объективная критика enabling'a. Необходимо, чтобы созависимые осознали и проанализировали, почему контроль и защита аддикта не только неэффективны, но и вредны. Важно понять, что тактика, при которой созависимые лица конкурируют с аддиктивной реализацией по принципу: кого ты больше любишь - меня или алкоголь? - обречена на провал.

2.Понимание созависимыми лицами концепции и динамики аддикции. С этой целью созависимых знакомят с литературой, позволяющей разобраться в том, как развивается и что представляет собой аддикция.

3. Обучение и формирование у созависимых лиц мотивации, направленной на необходимость заботы о себе. Обращается внимание на состояние их здоровья, на внешний вид, одежду и т д. Их консультируют врачи.

4. Работа по выявлению комплекса накопившихся отрицательных эмоций таких, как осуждение, враждебность и др. Обращается внимание на то, в связи с чем, когда, как,

и при каких обстоятельствах они появились. Проработка и отреагирование эмоции проводится под флагом заботы и положительного эмоционального отношения к аддикту, а не отвержения.

5. Работа с членами семьи по улучшению межличностных отношений. Внимание членов семьи обращается на то, что прежние отношения в семье были лучше и что забота об аддикте должна строиться на акценте на этих отношениях. Специалисты рекомендуют вернуться к прежним периодам жизни семьи и вспомнить время, когда всем было хорошо друг с другом.

6.Диагностика желаний и намерений членов семьи. Обращается внимание на то, чего они хотят, существует ли опасность физической агрессии со стороны аддикта.

7. Диагностика амбивалентности, присущей созависимым лицам, которым, с одной стороны, хочется, а, с другой, - не хочется заниматься проблемами аддикта.

Члены семьи получают постоянную поддержку и психологическое сопровождение. Специалисты встречаются с ними в определенные фиксированные дни. Их обучают тому, что если они прекратят реализацию стратегии создания статуса наибольшего благоприятствования, это приведет к следующим *положительным изменениям*:

1.Появится больше возможностей заняться чем-то другим, т.к. они будут меньше вовлечены в фиксации на аддиктивном поведении. Новые источники и энергетические ресурсы можно будет направить на заботу о себе и на улучшение качества семейной жизни, например, обратить внимание на детей.

2.Улучшится самооценка. Контакты с другими членами семьи станут менее поверхностными, что приведет к усилению на них положительного влияния и превращение членов семьи в союзников по борьбе с аддикцией.

3.Появится возможность более объективно оценить, что же на самом деле происходит с аддиктом, и разобраться в его психологических защитах. Это позволит сделать проблему менее скрытой, что облегчит получение семьей возможных источников помощи.

4. Прекращение стратегии защиты аддикта будет способствовать лучшему осознанию им своего положения. Он окажется перед необходимостью самому отвечать за последствия своего аддиктивного поведения, а не надеяться на чью-либо помощь.

5. Появится возможность более открыто и честно говорить о семейной проблеме.

Для запуска процесса выхода из стратегии enabling необходимо выбрать соответствующее и подходящее время. У членов семьи к этому моменту должна сформироваться готовность к переменам. Практика показывает, что, если начать этот процесс сразу, без предварительной подготовки, это не приведет к желаемым результатам.

Важно иметь перед собой зарегистрированные факты аддиктивного поведения, которые без фиксации забываются, например, в письменной форме сделать анализ влияния аддиктивного поведения на финансовое положение семьи, на ее социальный статус, на утраченные возможности социального и других видов роста.

Целесообразно описать те эпизоды деятельности акддикта, которые были им амнезированы и которые он неправильно оценивает, например, уклонение от выполнения жизненно важных для семьи мероприятий, или случай, когда он серьезно кого-то подвел.

Рекомендуется фиксировать внимание на том, какие эмоции в это время переживались созависимыми людьми, несмотря на их замороженность, проанализировать такие присущие созависимым лицам страхи, как страх за благополучие семьи, страх распада семьи, но, в то же время, сделать акцент на том, что если ситуация не изменится, это приведет к неменьшей катастрофе.

Важно, чтобы сами созависимые члены семьи выявили разницу между поведением аддикта до развития аддикции и его настоящим поведением, вспомнили, как он вел себя раньше, как он реагировал эмоционально, как он участвовал в жизни семьи, как они проводили вместе время, от чего получали удовольствие и как это все сошло на нет.

Созависимым людям нужно понимать, что изменение их стиля поведения усилит многие проблемы аддикта. Он почувствует, что обстановка в доме уже не та, что была раньше. Это может спровоцировать спонтанное возникновение кризисов и к этому нужно быть готовым. Характер течения кризисов членам семьи известен. Они знают, как ведет себя аддикт в моменты импульсивности, злобы и т.д.

Приводим пример стратегии интервенции из опыта работы Дублинского антиаддиктивного центра (по Roche). Речь идет о семье, в которой жена озабочена длительным, постоянно прогрессирующим сроком аддиктивного алкогольного поведения мужа. Алкогольная аддикция отрицательно сказалась на его работе и карьере, он изменился как личность, финансовое положение семьи оказалось под угрозой и жена пыталсь убедить мужа в необходимости осознания наличия проблемы и обращения к профессиональной помощи. В ответ на просьбы жены муж утверждал, что ничего страшного нет, все значительно преувеличено, и он не нуждается ни в какой посторонней поддержке и помощи, а, тем более, профессиональной. Женщина обратилась в антиаддиктивный центр к консультанту по семейной терапии и начала получать необходимую для себя информацию. Ее убедили в том, что, несмотря на нежелание мужа обращаться за помощью, ситуацию можно изменить. Дети 14-ти и 10-ти лет могли так же оказать соответствущую помощь, но для этого их было необходимо подготовить. Было решено, что муж будет вовлечен в большую психотерапевтическую программу. Семья решила, что к числу тех, кто может оказать влияние на аддикта, относятся один из его друзей, мать и жена. В течение полутора месяцев обсуждения вариантов вмешательства назначались частые встречи специалиста с женой. Она составила список инцидентов, связанных с употреблением мужем алкоголя, которые ее особенно травмировали. Между женой и консультантом сложились эмпатические отношения взаимопонимания. Когда она, наконец, решилась начать интервенцию, муж был поставлен перед выбором: или он начнет лечиться, или они больше не будут жить вместе. Пока она не снимет квартиру, она будет жить у его матери. Вначале мать рассердилась и была раздражена, но в последствии успокоилась, т.к. также была заинтересована в решении проблемы сына. Мать поняла серьезность ситуации. Она была вдовой, жила в большом пустом доме, который позволял переехать к ней жене и детям сына в случае его отказа от участия в программе. Следующим шагом было назначение места встречи. Решили, что консультант пригласит аддикта к себе под предлогом обсуждения бизнеса, которым занимался муж этой женщины. В приглашении было оговорено, что речь идет о финансовом предложении, от которого он не сможет отказаться. Это был хорошо продуманный заговор, т.к. в это время муж особенно нуждался в деньгах. На предстоящую встречу был приглашен консультант и члены семьи. Встреча должна была состояться у друга в офисе, где и собрались ее участники. Когда муж появился в вестибюле, он встретил там своего друга, поздоровался с ним и спросил, что же тот хочет ему предложить. Друг ответил: «Пожалуйста, пройди в мой офис, там тебя ждут те, кто хотел бы с тобой поговорить». Мужчина вошел и поразился, увидев в кабинете членов своей семьи и мать. «А кто это?» – спросил он, имея в виду консультанта. «Это консультант по семейным проблемам. Твоя семья с ним знакома. Нам необходимо с тобой поговорить, поскольку мы беспокоимся о тебе», - ответил друг. На что мужчина возразил, что они здесь не причем. «Мы же хотели обсудить с тобой финансовые вопросы, я не хочу ни о чем говорить в их присутствии!». Тогда вмешался консультант, предложил ему сесть и сказал, что он понимает его удивление, но все присутствующие собрались здесь, чтобы обсудить с ним серьезные вопросы, которые сильно затрагивают близких ему людей. Аддикт сказал жене: «Я возмущен! Как ты могла это позволить? Как ты могла обсуждать мои проблемы с посторонним человеком? Я вообще не хочу ничего слушать! А что касается тебя, - тут он обратился к своему другу, - как ты мог так поступить со мной? Мы так давно знакомы! Я даже и предположить ничего подобного не мог!». Друг ответил, что он понимает, что у него есть все основания для того, чтобы злиться, но, тем не менее, он хочет уверить его в

том, что все собрались здесь только потому, что озабочены его состоянием и хотят только одного – чтобы он просто выслушал их. Аддикт сказал, что понимает, что речь пойдет о его выпивках, но он неоднократно говорил жене, что это не проблема. Консультант возразил: «Если ты присядешь и выслушаешь точку зрения своей семьи, ты поймешь, почему они так озабочены и почему они дошли до того, что были вынуждены устроить тебе эту встречу». Он предложил жене начать говорить о проблеме. Аддикт сказал, что, поскольку его загнали в угол, он выслушает всех, но это все равно не имеет никакого смысла. Жена начала с того, что они очень давно женаты, и она хорошо помнит то счастливое время, когда они были счастливы, любили друг друга, вместе пережили многие проблемы, но, тем не менее, получали удовольствие от жизни потому, что подходили друг другу и у них было много общего. «Мне очень грустно вспоминать эти дни, - продолжала она, - все очень изменилось с тех пор, как ты начал пить. Я не могу говорить обо всем, что произошло за эти семь лет, но я хочу напомнить тебе о нескольких случаях, которые выбили меня из колеи и выводили из себя. Ты выпивал и терял над собой контроль. Особенно меня потрясло твое поведение на похоронах моей матери. Она умерла внезапно. Состояние мое было очень тяжелым. Я была шокирована, оглушена и не могла поверить в то, что она умерла. Мне была нужна твоя поддержка, но все эти дни тыл был пьян. Я хорошо помню это время из-за большого эмоционального потрясения. Я вспоминаю, как ты стоял у края могилы и во время чтения молитвы качался и чуть не падал, т.к. был очень пьян. В конце службы ты начал громко икать. Все были потрясены таким неуважением к присутствующим и к покойной матери. Люди удивленно смотрели на тебя. Я не знаю, что они думали, но ты этого даже не замечал. Мне никогда в жизни не было так стыдно, и это меня очень сильно задело. Я нуждалась в твоей помощи, но ты предпочел выпивку. Остальное не имело для тебя значения. У меня возникло жуткое чувство одиночества и грусти. Я помню, как мой брат взял тебя за плечо и увел в бар, чтобы посидеть с тобой и выпить, поскольку ничего кроме этого тебя не интересовало. Ты был рад, что тебя уводят. Мое состояние было ужасным».

Аддикт попросил у жены прощения и сказал: «Разве ты не знаешь, что на похоронах все пьют? Я иначе не мог! Конечно, это было слишком, но ты же помнишь, что я всегда уважительно относился к твоей матери».

«Все видели на похоронах что ты из себя представляешь, - продолжала жена, - но никто не видит, как ты ведешь себя дома. Твоя безответственность не знает границ. Вспомни, как однажды ночью, два года тому назад, ты вернулся домой абсолютно пьяным и продолжал выпивать, находясь в вестибюле. Ты качался и не мог даже фиксировать взгляд. Создавалось впечатление, что ты вообще ничего не понимаешь. Ты опрокинул стул. Я помогла тебе подняться наверх. Мы дошли почти до конца лестницы и вместе скатились по ней вниз. Я повредила плечо и руку, ударилась головой. Ты тоже получил травму. У тебя кровоточила голова. Я должна была оказать тебе помощь, но не могла пользоваться правой рукой. Я боялась оставить тебя лежащим, поскольку не знала, или ты сильно ударился, или это было просто опьянение. Потом ты уснул. Я вызвала скорую помощь и вынуждена была оплатить необоснованный вызов. В этот момент я ненавидела тебя, а себя чувствовала безнадежно униженной, и это было ужасно. Мне хотелось сбежать от тебя, лечь и никогда не подниматься. Я понимала, что в таком состоянии это уже не ты. Передо мной был человек, с которым у меня нет ничего общего, кроме детей. Я не знала, что делать».

Консультант обратился к одному из детей и спросил: «Как ты оцениваешь поведение отца с позиции своих десяти лет? У него есть проблемы, связанные с выпивкой?». Сын, включаясь в разговор, обратился к отцу: «С тех пор, как я себя помню, ты выпиваешь. Я ждал, что ты когда-нибудь это прекратишь, но так и не дождался». Сын начал вспоминать различные истории, которые особенно его задели. «Когда мне было 7 лет, я попросил тебя прийти в школу на спортивные соревнования. Я хорошо бегал, надеялся победить и хотел, чтобы вы с мамой при этом присутствовали. Я просил тебя

прийти, ты обещал и пришел. От тебя резко пахло алкоголем. Появившись на соревнованиях, ты начал с вопросов о том, когда же, наконец, они начнутся, потому, что ты не можешь долго ждать. Ты вел себя очень нервно. Мне также хотелось, чтобы все скорее началось, т.к. я боялся, что ты уйдешь и так и не увидишь моей победы. Когда начался забег, я даже не смог попрощаться с тобой потому, что ты отвлекся на разговор с посторонним человеком. Мама пожелала мне удачи, а ты нет. Я победил, но когда вернулся, то увидел одну лишь маму, а ты ушел, разговаривая с этим человеком и забыв о цели своего прихода». Затем сын рассказал и другие истории, когда отец обещал поехать с ним на каникулах и не поехал. Это была цепь разочарований.

14-тилетняя дочь и мать подключились к разговору и стали рассказывать об аналогичных ситуациях. Этот пример служит доказательством того, как общий нажим на аддикта со стороны семьи заставляет его включиться в лечебную программу.

Коррекционное вмешательство строится в различных центрах по-разному. Как правило, оно начинается с дезинтоксикации, а заканчивается включением аддикта в общую программу. Во время сеанса все заинтересованные лица садятся полукругом, который замыкается. Они знакомятся друг с другом. Каждый должен начать с анализа истории своей жизни, написать сочинение о своей аддиктивной проблеме с ответами на вопросы: когда она началась, как проявлялась, к чему это привело, как он оценивает себя сейчас и сравнить себя с тем, каким он был раньше. Если он считает, что он изменился, то, как быстро произошли эти изменения. Когда у него появилась первая тревога в связи с тем, что он ведет себя неправильно. Эта тревога возникла самостоятельно, была связана с каким-то инцидентом, или с тем, что ему стали об этом говорить. Если стали, то кто и где. Какие отношения у него с членами семьи. Как, с его точки зрения, повлияла аддикция на его семейные отношения, как они изменились. Как повлияла аддикция на его профессиональные навыки, на мотивации, на стремления, на состояние его здоровья. Считает ли он, что его здоровье оказалось затронутым. Что явилось причиной того, что он/она решили заняться лечением и обратились в антиаддиктивный центр. Был ли это собственный выбор, или он связан с проблемами на работе, в семье, с судебной ситуацией и т. д.

Такого рода сочинения пишут все члены группы. Принципом работы в группе является разнополый состав ее участников, их разный экономический и социальный статус, наличие разных аддикций. Соблюдение этих требований имеет чрезвычайно важное значение для демонстрации того, что, несмотря на имеющуюся разницу по многим показателям, у участников программы выявляются общие проблемы.

Акцент в работе центров делается на дискуссии, проводимой по результатам анализа сочинений, написанных по полуструктурированной анкете. На очередном собрании группы один из ее членов зачитывает анкету и просит присутствующих прокомментировать его ответы. Динамика, как правило, такова. После того, как первый участник знакомит всех с ответами на вопросы анкеты, возникает пауза, во время которой никто ничего не говорит. Обычно начинает обсуждение более активный член группы. Если молчание продолжается, то супервизор приглашает всех к разговору словами: «Вот вы прослушали откровения одного из нас. Как вы считаете, хорошо или недостаточно полно он проанализировал свою жизнь и свою аддикцию?». Кто-то при этом может сказать, что в словах говорящего есть много неискренности и неправды. Так, например, человек пишет, что решил обратиться за помощью в связи с тем, что видел, как в полицейский участок увозили пьяного потому, что в противном случае он мог бы замерзнуть на улице. Это пример того, как ведут себя остальные члены группы, которые изобличили его в неискренности. В дальнейшем такого рода дискуссии становятся все более оживленными. Тот, кто обнародовал факты своей биографии, чувствует себя очень плохо. Супервизор успокаивает его перспективой выслушивания всех с последующим обсуждением историй их жизней.

На следующий день сочинение зачитывает аддикт с другой аддикцией и присутствующие обнаруживают, что они похожи между собой. Супервизор подчеркивает эту схожесть, говоря об общих механизмах, которые в дальнейшем анализируются.

Поскольку стационарные антиаддиктивные американские центры имеют тесные связи с анонимными обществами, эта взаимосвязь накладывает большой отпечаток на программу коррекции. Сама обстановка при встречах в группе является вариантом модели анонимных обществ.

АДДИКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Аддиктивное поведение является одной из форм отклоняющегося поведения. Термин аддикция был введен в употребление в России Segal, Korolenko (1990) в 1990г. и определен как уход от реальности посредством изменения психического состояния.

За это время произошло формирование нового направления –науки об аддикциях - аддиктологии. Аддиктология изучает причины возникновения аддикций, механизмы их развития, динамику, клинические проявления, способы коррекции и терапии. Поскольку изменение психического состояния, лежащее в основе аддикции, может достигаться разнообразными способами, как психологическими, так и химическими, аддикции разделяются на две основные группы: нехимическую и химическую. К нехимическим аддикциям относятся, в частности, работоголная, любовная, сексуальная, ургентная, патологический гэмблинг, интернет-аддикция, шоппинг и др. К химическим: аддикции, связанные с употреблением веществ, изменяющих психическое состояние. К переходной форме можно отнести аддикцию к еде - аддиктивное переедание и голодание. Все аддикции имеют *общие* механизмы развития и специфические особенности, характерные для каждой конкретной формы. Особенности развития и клинические проявления основных форм аддикций приведены в книге «Психосоциальная аддиктология» (Короленко, Дмитриева, 2001).

Развитие аддикций постепенно приводит к формированию аддиктивной личности.

Аддиктивная личность характеризуется отсутствием сопереживания, сочувствия, бегством или уходом от эмоциональной вовлеченности в глубокие межличностные контакты, стремлением к поверхностным отношениям, уходу от любых переживаний.

Крайне низкая фрустрационная толерантность проявляется в том, что аддикты «срываются» и подводят окружающих в трудных ситуациях, когда их участие особенно важно для выполнения какой-либо задачи.

Аддиктивной личности свойственны необязательность и безответственность, что выражается в невыполнении обещаний. Из-за их непоследовательности с ними можно иметь дело только при конкретной форме сотрудничества и только на короткие интервалы времени, т.к. их продуктивная мотивация кратковременна и хватает ее ненадолго.

Аддиктивная личность пренебрегает своим физическим состоянием, что связано, отчасти, со страхом обнаружения какой-либо серьезной болезни. Мысли о болезни, даже при наличии симптомов физического неблагополучия, вытесняются так долго, насколько это возможно. Сознание и бессознательное использует разнообразные трюки и уловки для супрессирования и репрессирования беспокоящих сигналов. Может придумываться какая-то схема, на формально-логическом уровне объясняющая признаки болезни. Схема обычно соответствует уровню информированности и образования. Если аддикт имеет отношение к медицине, схема будет более «медицинской», если он инженер, - более технологизированной и т.д. Поражает упрощенный характер схемы, в которой все редуцируется к очень простым факторам и причинам даже у лиц с медицинским образованием. Основной девиз аддикта звучит: «Ничего страшного; это пройдет потому, что бывает со всеми; это связано с переутомлением, плохим сном, биоритмами и целым рядом других преходящих обстоятельств».

Для аддиктивной личности характерен страх самоанализа. Отсюда отрицательное отношение к психологии, к преобладающему большинству психотерапевтических подходов и методик и интерес ко всему необычному, что проявляется особенно наглядно в случаях соматических болезней. Аддикты легко верят в магию и ищут «спасателя», который им поможет. Это касается также избавления от аддикции, чуда в отношении других аспектов жизни. Аддикты обычно не настроены на длительные контакты с психотерапевтом, общение с которым должно быть несколько таинственным и кратковременным.

Аддиктивная личность постоянно пребывает в состоянии тревоги, которое старается скрыть. Свободно плавающая тревога аддикта часто трансформируется в конкретный страх чего-то, например, в страх быть покинутым. Как созависимый человек, так и аддикт боятся быть покинутыми. В отдельные периоды их совместной жизни это проявляется наиболее отчетливо. Например, когда аддикт ждет прихода домой в определенное время созависимого по отношению к нему члена семьи. Если он знает, что этот человек должен вернуться в строго определенное время, то за какие-то минуты до его прихода появляется тревога, которая имеет тенденцию к нарастанию. Если он/она во время не приходят, тревога усиливается, становится очень выраженной и иногда доходит до раптуса (приступы острого возбуждения, вызванного чрезмерно сильным аффектом тоски, страха), который аддикты скрывают. Страх покинутости оперирует определенными имиджами и неприятными сценариями: что-то случилось, произошла бессознательно ожидаемая трагедия. Парадокс заключается в том, что когда созависимый человек приходит, это вовсе не означает, что отношения с ним будут хорошие. Они, будут такими же, какими были и раньше. Речь идет о страхе быть покинутым или остаться наедине с собой в ситуации временного отсутствия созависимого.

Аддиктивный процесс затрагивает всю психику, но если выделить основные зоны, которые этот процесс «поражает», то можно говорить о двух наиболее заинтересованных областях: *волевых функциях и самооценке.*

Аддикция расщепляет волевую функцию на две части. Одна составляющая воли стремится к свободе и старается освободиться от аддиктивного поведения, другая направлена на его продолжение и сохранение.

Такое противоречие нарушает самооценку. «Как же я могут уважать себя, если я и сам не знаю, чего хочу? Мои желания все время меняются с преобладанием то одного, то другого стремления», - рассуждает аддикт. Наибольшее повреждение самооценке наносят повторные поражения в попытках изменить аддиктивное поведение. Об этом особенно важно помнить специалистам, работающим с аддиктами. Именно они, сами того не понимая, объективно часто способствуют этому процессу, рассматривая всякий срыв и рецидив аддиктивных реализаций как нечто трагическое и непоправимое, акцентуируя внимание только на нем, а не на том, что было до этого срыва. При этом подчеркивается только отрицательная сторона происшедшего, несмотря на страдания человека который и так уже потерпел поражение, в очередной раз нанеся удар по своей самооценке.

Аддикт часто размышляет о себе в негативном плане: «Даже если я четко знаю, чего хочу, я не могу вести себя так, чтобы этого добиться. Я не могу контролировать себя и в этом только моя вина». Такие рассуждения усиливают негативное отношение к себе. Это особенно выражено в западной культуре, где акцент делается на умении справляться с собой и всякая слабость по отношению к себе непозволительна. Человек, не умеющий управлять собой, оценивается как имеющий определенный дефект. Такой подход значительно влияет на нарушение самооценки, которое возникает во время аддиктивного процесса.

Аддиктивный процесс представляет собой «дорогу», на которой полно всяких ловушек. Понимание этого факта особенно важно, поскольку сознание человека стремится использовать различные тактики и стратегии для того, чтобы блокировать попытки противопоставить себя аддиктивному процессу.

К числу трюков, которые предлагает психика, относится самообман. Цель его ясна: удержать под благовидным предлогом развитие аддикции, сделать так, чтобы она продолжалась без чувства вины. Самообман связан с использованием защитных механизмов отрицания и репрессии, которые хорошо известны психоаналитикам. На ранних стадиях развития аддикции сознание игнорирует любые признаки того, что происходит что-то не то, что, например, учащается и увеличивается прием какого-то вещества, или происходит все более интенсивное вовлечение в какую-то активность. Все признаки, несмотря на их явное наличие, отбрасываются и как бы не замечаются. Отрицание проявляется в том, что аддикт не только не распознает наличия проблемы, он даже не хочет думать о ней и не видит в этом никакого смысла. Доказательства происходящего для других людей очевидны. Создается впечатление, что сам аддикт как будто слеп или смотрит в другом направлении.

По мере накопления признаков аддикции, отрицание и удерживание их от осознания требует все большей энергии. Поскольку таких признаков становится все больше, человек вынужден затрачивать все большее количество психической энергии для того, чтобы не допускать их к осознанию и удерживать в бессознательной сфере. Наряду с отрицанием, прогрессирует репрессия. Энергия затрачивается на то, чтобы ранние признаки аддикции сначала вытеснялись, а потом не допускались к осознанию. Это приводит к постоянному психоэмоциональному напряжению. Анализ ранних аддикций показывает, что признаки аддикции, вытесненной из сознания, иногда проявляются в сновидениях неприятного характера с амбивалентными чувствами, в которых, с одной стороны, выступает удовольствие от аддиктивной реализации, а, с другой, - чувство вины, которое следует за полученным удовольствием. Во время сновидения, когда контроль ego и superego ослабевает, признаки аддикции выступают в образных формах не полностью реализованных желаний или в виде неприятных комплексов, которые были репрессированы и в состоянии бодрствования не имеют шансов прорваться в сознание.

Начальные проявления аддикции сопровождаются ощущением психологического дискомфорта. Человек в дальнейших периодах аддиктивного процесса должен быть все время чем-то занят или чем-то «оглушен». Он не может сосредоточиться на чем-то другом, кроме аддикции, позволить себе подумать и поразмышлять о чем-то. Моменты медитации, саморефлексии, которые были характерны для него до развития аддиктивного процесса и доставляли ему удовольствие в прошлом, активно избегаются, поэтому аддикт очень боится одиночества и отсутствия внешней стимуляции. Возможное одиночество и внешняя изоляция приводят к запуску аддиктивного механизма. Человек старается стимулировать или оглушить себя какой-либо субстанцией для того, чтобы не быть наедине с собой.

Проявление этого важного механизма запуска аддикции наблюдается при уменьшении внешней стимуляции. Примером служит работа в небольших коллективах, в условиях Севера, где имеет место частичная сенсорная депривация.

Человек, предрасположенный к химической аддикции, приехав работать на Север, вместо ожидаемой романтики и красивой природы встречается с монотонностью, тяжелыми условиями труда и быта. Адаптироваться к новой ситуации трудно. Будучи компенсированным в прежних условиях, при столкновении с частичной сенсорной депривацией он дезадаптируется. Появляются беспокойство и тревога, с которыми он справляется часто путем приема алкоголя. С этим связано быстрое развитие алкоголизма в условиях севера у тех, у кого алкоголизация носила значительно менее злокачественный характер при проживании на других территориях. В работах Короленко (1968) показан параллелизм между ухудшением аддиктивного состояния и выраженностью сенсорной депривации у лиц, приезжающих на Север с начальными признаками алкогольной зависимости.

Наличие аддикции исключает или затрудняет творческую активность, медитацию, самопроизвольную психическую релаксацию. Внимание концентрируется на

удовлетворении аддиктивной реализации. Обычно стремление к поверхностным стимулам и мало значащим контактам. Аддикт стремится что-то делать, чем-то занять себя, что-то смотреть, слушать и пр., хотя эти виды деятельности его не очень занимают или вообще не интересны. Происходит кратковременная фиксация на незначимых вещах: на ситуационных мелких заботах, незначительных нюансах межличностных отношений, на эпизодах из жизни других людей, на сплетнях.

Верующие люди, которые, в силу разных обстоятельств, становятся аддиктами, анализируя свое состояние, отмечают, что в ходе развития аддиктивного процесса им становилось все труднее молиться, т.к. молитва включает медитативный компонент, связь с Высшей Силой, а аддиктивные мысли и чувства отвлекают и мешают этому процессу. Нарушается чувство себя, человек отчуждается от своего настоящего Я. Существует соответствующее английское выражение: «Человек оказывается поглощенным безумной имбицильностью неодушевленных предметов и событий».

В состоянии отчуждения от себя аддикт старается сделать все возможное, чтобы избежать одиночества, в котором это чувство обострено. Можно выделить *новый синдром страха ситуаций, в которых нечего делать* - **фобию скуки**. Как и в случае других фобий, чем больше человек старается избежать таких ситуаций, тем более страшными они становятся.

Хотя отрицание и подавление сопровождают аддикта в течение всей его жизни, в дальнейшем появляются и другие защитные механизмы. Со временем отрицание становится все менее убедительным для других людей.

Когда какой-либо факт отрицать полностью невозможно, а энергии для его подавления не хватает, аддикт начинает понимать, что проблема все-таки существует. Он изобретает новые защитные механизмы, например, *рационализацию* как попытку сделать аддиктивное поведение извинительным, чтобы хоть каким-то образом объясниться и оправдаться. Анализ разных видов рационализации показывает, что ее нельзя смешивать с намеренной ложью. Аддикт действительно старается оправдать себя и убедить себя в своей правоте. Рационализация проявляется в различных содержаниях.

С этой целью аддикт может использовать одно из следующих утверждений: «Я позволю себе выпить потому, что у меня очень плохое настроение, и я должен как-то от него избавиться. Иметь плохое настроение ненормально. Сегодня значимый день в моей жизни, мне кое-что удалось и разве можно не отметить это событие? Мне нужно выспаться, иначе я не смогу работать завтра, а уснуть я не могу. Если я не приму транквилизатор, я буду неработоспособным, а завтра трудный день. Жизнь коротка, почему бы лишний раз не порадовать себя?».

Уже само появление рационализации является несомненным доказательством наличия аддикции потому, что, если бы ее не было, не было бы и причины для рационализации и повода для извинений.

Сам аддикт, который прибегает к этому виду психологической защиты, на каком-то уровне это понимает, поэтому рационализация в значительной степени усиливает дистресс, самоотчуждение и приводит к нарастанию психологического дискомфорта, т.к. полного удовлетворения не наступает. Рационализация выполняет функцию защитной реакции частично для себя, а частично используется для других, чтобы оправдать себя каким-то образом в их глазах объективно. Она создает условия для усиления аддиктивного поведения, т.к. возникающие при этом отрицательные эмоции нужно каким-то образом подавить. Таким образом, аддиктивный агент становится транквилизатором для психического стресса, который сам вызывает эти аддиктивные реализации.

На каком-то этапе аддикции оказывается невозможным продолжать избегание травм. Аддикт знает, что для него это реальная проблема, но, несмотря на это, отрицание, подавление и рационализация далеко не всегда прекращают свое действие. Просто они уже не помогают скрыть истину. Человек при этом часто занимает такую позицию. Когда

спрятать истину от себя уже нельзя, становится важным попытаться спрятать ее от других людей путем, например, обмана.

На этом этапе аддиктивное поведение становится более тайным. Человек начинает прятать бутылки с алкоголем, есть в одиночестве по ночам, скрывать от членов семьи факты игры в казино и пр. В связи с секретностью поведения, аддикт переживает нарастающую изоляцию от других. У него появляется чувство носителя/носительницы большой тайны (скелета в шкафу), раскрытие которой было бы непереносимо.

Появляются гиперкомпенсация, чувство вины, депрессивные компоненты и самоосуждение, которые пронизывают всю жизнь аддикта. Он старается надеть на себя маску компетентного человека, не имеющего проблем, часто прибегает к юмору, сарказму, стремлению все обратить в шутку, произвести впечатление компанейского человека, который ничему не придает серьезного значения. Гиперкомпенсация позволяет аддикту производить неправильное, ложное впечатление о себе. В поведении аддиктов на встречах, вечеринках проявляется гиперкомпенсаторная часть их личности, за которой скрывается нечто другое. На постоянное ношение маски аддикта не хватает. Чтобы показать себя на людях с хорошей стороны, он должен собраться с силами. Однако, в обычной домашней обстановке это совершенно другой человек - раздраженный, дисфоричный, привязчивый, импульсивный и грубый. Настроение у него плохое, он старается в чем-то обвинить других, спроецировать на них отрицательные стороны своей личности. Для аддикта характерна *проективная идентификация*, которая заключается в том, что он видит у другого все то плохое, что имеется в нем самом, не замечая этого. При этом он реагирует на поведение такого человека неадекватно, непонятно, обвиняя его в различных, несвойственных ему вещах. Хотя, по сути дела, эти обвинения относятся к нему самому.

В аддиктивном процессе обычно наступает время, когда аддикт начинает понимать, что ему нужно как-то справиться с аддикцией и поэтому он может принять решение прекратить ее. «Мне нужно как-то собраться с силами, взять волю в кулак и покончить с аддикцией. Я справлялся и с более серьезными проблемами»- думает он. Вот тут и появляются различные уловки и трюки, которые мешают ему реализовать свое решение. Эти трюки очень изобретательны. Чем более человек интеллектуален, тем в большей степени развита его креативность. Например, аддиктивная часть сознания подсказывает ему, что торопиться с реализацией такого важного решения не следует. «Главное, что я уже принял решение и все осознал. Надо как следует обдумать и решить, когда же лучше этим заняться, как выбрать наиболее подходящий момент, как я должен это сделать, в какой ситуации, как это должно соотноситься с моей работой, отдыхом, отношениями с людьми»- раздумывет аддикт. И вот, казалось бы, решение прекратить аддикцию принято, но его осуществление откладывается. Часто он говорит себе: «Вот наступит какой-то день, который имеет для меня особое значение, и я покончу с этим. А до этого зачем? Вот будет, например, Великий Пост и это событие совпадет с моими намерениями, поскольку это может иметь для меня важное духовное значение. Или же я сделаю это в день своего рождения». Аддиктивное сознание человека, находясь под влиянием импульсов из бессознательного, как бы стремится подсказать ему разные варианты откладывания прекращения аддикции. Поиск различных лабиринтов и всяческих уловок, позволяющих отсрочить расставание с аддикцией, называется *тактиками откладывания.*

Иногда люди понимают, что речь идет о самообмане, но не все уловки распознаются, предлагаются новые варианты. Часто человек убеждает себя в том, что еще одно употребление аддиктивного агента – это последний раз. Одна из уловок выглядит, как стремление дойти до дна. «Вот дойду до самого дна, оттолкнусь от него, и все будет хорошо. А теперь мне нужно выпить, чтобы отметить свое решение». Так наступает очередное поражение, которое приводит к снижению самооценки, самопринятия, самоуважения и т. д.

Перед реализацией решения прекратить аддикцию может возникнуть глубокое чувство *страха*, когда человек начинает продумывать, что же он будет делать в случае отказа от аддиктивного поведения. Аддикция настолько срастается со структурой его личности и становится составной частью жизни, что ее прекращение равносильно смерти.

Повторные поражения приводят к депрессии. Поражение может выражаться в пассивном, или агрессивном поведении, каждое из которых помогает продолжать аддикцию.

В *пассивном ответе* аддикта охватывают чувства стыда, вины, угрызения совести, ненависть к себе. Это может привести к суицидальным попыткам, а чаще к пораженческим настроениям потому, что человек подчиняется аддикции. Появляются мысли следующего содержания: «Я не могу с этим справиться. Я слишком устал бороться с собой. Единственное, что я могу сделать, это продолжать аддикцию». Если человек был знаком с идеологией Анонимных Алкоголиков или других Анонимных обществ, он мог бы убедить себя в собственном бессилии, что совпадает с первым шагом, но Высшая Сила, которой он при этом подчиняется, это не Бог, а сама аддикция. Высшей Силой становится аддикция, поэтому первый шаг превращается в противоположную по знаку активность.

Агрессивный ответ на аддикцию выражается в возникновении у аддикта злости, раздражения и желания послать «все к черту». При этом человек нередко убеждает себя в том, что, в общем-то, он прав, что аддикция-это стиль жизни, который он избрал для себя. Возникают философский нигилизм и риторика, рассуждения о бессмысленности жизни. Иногда это идет по линии оправдания гедонистического подхода, когда любое действие оценивается как имеющее смысл только в том случае, если оно направлено на получение удовольствия.

Следующая ловушка – это появление убежденности в том, что аддикт может легко справиться с аддикцией. Эта мысль проходит красной линией через весь аддиктивный процесс. Наряду с отрицанием проблемы на фоне потери семьи, работы, циррозом печени и пр., человек убеждает себя в том, что бросить - для него не проблема. Этот трюк формируется на уровне сознания, как правило, тогда, когда ценой невероятных усилий аддиктивная реализация действительно на какое-то время прекращается. Это четко проявляется у лиц с алкогольной аддикцией при потере контроля, которая делает невозможным употребление алкоголя потому, что прием любой дозы вызывает употребление последующих доз до развития состояния глубокого опьянения. Некоторые аддикты стараются избавиться от этого симптома, стремясь доказать себе и окружающим, что они могут с этим справиться. И, действительно, ценой больших усилий в каких-то ситуациях они справляются с желанием употребить алкоголь. Человек с потерей контроля испытывает чувство гордости от того, что он справился. У него появляется чувство превосходства от мысли о том, что, несмотря на то, что все говорили, что справиться невозможно, он добился своего. Но, к сожалению, этого хватает ненадолго, т.к симптом потери контроля и аддиктивная мотивация остаются. Когда появляется подходящий случай, такой человек ведет себя так, как это бывает при потере контроля, т.е. он снова напивается до потери сознания, состояния оглушенности и т.д. При неблагоприятных ситуациях светлый промежуток, обусловленный прекращением аддиктивного процесса, носит кратковременный характер. Иногда, если аддикция была чужеродным элементом в жизни аддикта, светлый промежуток может быть более долгим.

Специалисты, к сожалению, недооценивают возможность прекращения аддикции самим аддиктом.

Аддикция может возникать на разной почве. Если у человека отсутствуют достаточно сформированные положительные мотивации и жизненные установки, или он воспитан в дисфункциональной семье, аддикция возникает на подходящей для аддикта *гомономной почве.* На базе этой дисфункциональности возникает аддиктивный процесс. Аддикция может возникать на *гетерономной,* совершенно неподходящей почве, когда

возникают особые ситуации. Так, например, многие участники войны во Вьетнаме, принимавшие там героин, по возвращению на родину сразу же прекратили его употребление без всякой медицинской помощи, а тот, кто был исходно дисфункционален и вернулся в маргинальное общество, продолжил его употребление.

В связи с этим фактом появились специальные исследования. Peele и Brodsky (1992) подчеркивают возможность самостоятельного прекращения химических аддикции. Если она возникает на гетерономной почве, это сравнительно просто, даже в том случае, если речь идет о такой тяжелой аддикции, как героиновая. В другом случае это значительно сложнее и поэтому требует создания дополнительных стимулов, коррекционная программа, которая пользуется сегодня большой популярностью, называется программой жизненного процесса.

Peele и Brodsky (1992) предложили подход к аддикциям, отличающийся от медицинского подхода к аддикциям как к болезни. Вопрос о том, *является ли аддикция болезнью,* рассматривается в плане сравнения двух моделей. Первая модель – аддикция как болезнь, вторая – аддикция как жизненный процесс.

	Модель болезни	Программа жизненного процесса
1.	Аддикция носит биологический и наследуемый характер.	Аддикция - это способ поведения в отношении себя и мира.
2.	Для избавления от проблемы аддикции необходимо медицинское лечение и членство в духовных группах, подобных анонимным обществам.	Решение требует самоосознания, новых навыков, изменения среды.
3.	Аддикция – это все или ничего. Вы аддикт или не аддикт.	Аддикция – это континуум. Ваше поведение более или менее аддиктивно.
4.	Аддикция – это постоянная вещь, перманентный процесс и человек может сорваться в любой момент.	Из аддикции можно вырасти.
5.	Аддикты находятся в состоянии «отрицания» и их нужно заставить признать, что они больны.	Аддикт должен идентифицировать проблему и решение, в каждом конкретном случае.
6.	Выздоравливающий аддикт является экспертом по проблеме аддикции.	Лучшим образцом для подражания являются люди без аддикции и ориентироваться следует на них.
7.	Аддикция – «первичная» болезнь.	Аддикция является результатом других жизненных проблем человека.
8.	Вашими главными партнерами по общению должны быть другие выздоравливающие аддикты.	Вы должны контактировать с нормальными людьми.
9.	Аддикт должен акцептировать философию болезни, для того, чтобы выздороветь.	Улучшение не связано с верованием в догму. Вы должны развить свои собственные силы и активизировать внутренние ресурсы, направленные на устранение аддикции
10.	Подчинение Высшей силе является ключом к выздоровлению.	Для того чтобы выйти из аддикции и улучшить свое состояние, вы должны ориентироваться на свою собственную силу.

Сравнение моделей показывает, что максималистское толкование одного и другого варианта развития событий является явно недостаточным. Как в одном, так и в другом варианте есть положительные стороны, которые следует учитывать. Акцент на каком-то одном из вариантов ошибочен, поскольку, если следовать только одной трактовке, она станет догмой.

Если руководствоваться, например, первой моделью, возможно столкновение со многими ловушками. Например, если Вы считаете, что аддикция - это все или ничего, это приводит к тому, что аддиктов диагностируют как, например, больных алкоголизмом или наркоманией вне зависимости от того, на каком континууме аддикции они находятся. Пациенту предлагается стандартизированное (одно и то же) лечение, что приводит к отрицательным результатам особенно в государственной системе оказания помощи. Человек с начальными проявлениями аддикции, обращаясь в государственное

учреждение, рискует получить характерный для других комплекс. Опыт американских и российских специалистов показывает наличие ситуаций, когда врачи «притягивают» признаки страдания к клинической картине наблюдаемого у пациента состояния для того, чтобы убедить его и себя в том, что речь идет о болезненном процессе. «Вот видите, - говорит человеку врач, - результаты сканирования подтверждают наличие у Вас изменений в головном мозге, которые связаны с употреблением алкоголя». Между тем эти изменения могут быть вызваны и рядом других причин и факторов. Аналогичная интерпретация предлагается пациентам, перенесшим в детстве тяжелое инфекционное заболевание, например, менингит с мозговой симптоматикой, или пациентам с психоорганическим синдромом, развившимся в результате травмы головного мозга. Такие неадекватные оценки и выводы приводят к ряду неприятных последствий.

Если руководствоваться второй схемой и утверждать, что пациент должен, например, ориентироваться только на контакты с нормальными людьми, это тоже приведет к нежелательным последствиям. А почему он не может контактировать с людьми, которые это пережили? Разве ему от этого будет хуже? Наоборот, он увидит, что проблемы, которые его одолевают, это проблемы многих людей. Осознание этого факта может сослужить ему хорошую службу. В то же время на такую поддержку полагаться особенно не стоит, т.к. она кратковременна и не может являться постоянным ресурсом.

Второй пример касается членства в спиритуальных группах. Известно, что иногда оно может быть несовместимым с установками человека, его характером, темпераментом и другими особенностями личности. Трудно заставить участвовать в группе аддиктов - интровертов. Они будут чувствовать себя в группе крайне дискомфортно, когда возникнет необходимость рассказывать присутствующим о своих интимных переживаниях. Такое действо есть ни что иное, как насилие над личностью. Ведь даже на исповеди у священника человек может испытывать психологические затруднения. А в группе необходимо не только обнародовать свои тайны, но еще и выдержать оценку окружающих, которые могут, например, сказать, что ты еще не достаточно раскрылся и что ты должен подробнее рассказать все потому, что это полезно для всех членов группы.

Таким образом, описанные модели нельзя рассматривать как догму, но знание этих позиций способствует лучшему пониманию всего аддиктивного процесса, поскольку они дополняют друг друга.

Важно понимать, что философия «все или ничего» тесно граничит с максималистскими подходами. Так, например, трезвеннический подход исходит из того, что фактически любой человек, который употребляет алкоголь, может быть идентифицирован как аддикт.

Несмотря на то, что такая постановка вопроса может доходить до абсурда и вызывать обратный эффект, именно она являлась доминирующей в условиях тоталитарного советского режима. Представляет интерес тот факт, что удар при этом наносился не по настоящим алкоголикам, а по лицам умеренно выпивающим, которые по этой причине оценивались чуть ли не как враги нации.

Таким образом внимание людей отвлекалось от других аспектов жизни и от отсутствия возможностей удовлетворить элементарные потребности. Сторонники этой концепции утверждали, что почти у 100% женщин, употребляющих алкоголь, рождаются дети с алкогольным синдромом плода. Практика показывает, что этот синдром, конечно же, может иметь место, но у незначительно меньшего числа женщин. Ни о каких ста процентах речь идти не могла. Такая постановка вопроса была очень удобна власть придержащим аппаратчикам. Поскольку, если это так, то тогда не надо заниматься ни экологией, ни средой, ни тяжелыми металлами в пище, а только борьбой с алкоголизмом. Вспоминаются фильмы времен застоя, сюжетом которых была потрясающая воображение демонстрация детей с самыми разнообразными тяжелыми недостатками в развитии, которые, в действительности, не имели никакого отношения к приему алкоголя. Как показала практика, такая антиалкогольная политика приводила к обратному эффекту, так

как люди не так глупы, как это кажется. Их можно обманывать, но только до какого-то момента, после которого они начинают спохватываться и жить по принципу: маленькая ложь рождает большое недоверие.

В современной литературе, посвященной проблеме аддикций, к сожалению, мало освещается тот аспект модели аддикции, который как бы не учитывает возможности вырастания из аддикции и того, что с ней можно «справиться» самостоятельно. Тем не менее, практика показывает, что те, кто злоупотреблял алкоголем в каком-то периоде жизни, затем может прекратить это делать абсолютно самостоятельно. Иногда такой поворот событий возникает после тяжелого эмоционального шока. Известны случаи, когда серьезное предупреждение, сделанное человеку авторитетными людьми, например, начальством, приводило к выздоровлению без всякого лечения. Отсюда возникает закономерный вопрос: «Что же может способствовать расставанию с аддикцией?».

Известно, что одним из важнейших ресурсов избавления от аддикции являются контакты с людьми. Но этот доказанный специалистами факт противоречит той части медицинской модели, в которой говорится, что аддикт обязательно должен контактировать с аддиктами, т.к. именно они являются лучшими экспертами в вопросах аддикции. Безусловно, что в каких-то аспектах, касающихся этой проблемы, они являются несомненными специалистами, но, к сожалению, это не распространяется на все составляющие аддикции. Они могут рассказать аддикту о своих переживаниях, но предложить модель активного участия в жизни вне круга аддиктивных проблем могут далеко не всегда. Они не могут, да и не будут это делать.

Поэтому крайне важен контакт аддикта с такими людьми, которые способны предложить альтернативные варианты и сформировать хоть какую-то продуктивную мотивацию. Особенно важно создавать такие мотивации в раннем периоде жизни. Этот возраст является сенситивным периодом для стимулирования развития человека в разных направлениях.

Программы современных школ по профилактике аддикций в США строятся на том, что дети мотивационно задействованы не только на изучаемых предметах. Школа становится соблазнительной для ребенка, который стремится получить удовольствие от ее посещения. Школа с такими программами воспринимается не как институция, где ругают, наказывают, ограничивают и т. д. В ней, наряду с обязательными скучными мероприятиями, существует и возможность проявить себя. Занятия спортом, занятость внеклассной активностью создают разные мотивации. В современных школах придается большое значение эстетическому воспитанию детей и разнообразным видам общения. Дети знают, что школа - это место, куда они могут пойти и интересно провести время, не выкуривая сигареты и не употребляя наркотики и алкоголь. Эти стандарты создают дополнительные возможности для самопомощи даже тогда, когда аддикция возникает.

Программе самопомощи сегодня уделяется большое внимание потому, что далеко не все могут лечиться в силу разных обстоятельств и, в том числе, из-за отсутствия достаточного количества денег.

Психоанализ аддикций

Предрасположенность к развитию аддиктивного поведения формируется в раннем периоде жизни и, как уже обсуждалось, во многом определяется условиями воспитания в дисфункциональных аддиктивных семьях. Анализ ситуаций, создающих повышенный риск аддиктивных фиксаций традиционно проводится в рамках выявления аддиктивных типов воспитания, установления содержаний психической и/или физической травматизации ребенка, средовых влияний и др.

Психоаналитические подходы к аддикциям до настоящего времени менее популярны, что объясняется, обычно, непосредственными трудностями их

психоаналитической коррекции. Аддикты в этом смысле оцениваются как малоперспективные пациенты, с которыми трудно установить необходимый психотерапевтический контакт.

Плохая анализируемость аддиктов может быть объяснена различными причинами:

а) значительно выраженной резистентностью как защитным механизмом;

б) невозможностью вспомнить и/или вербализовать переживания, отражающие содержание психических травм раннего периода;

в) неадекватностью применяемых психоаналитических техник.

Практика психотерапии аддиктов накопила опыт, свидетельствующий о целесообразности применения анализа семейных интеракций, психотравмирующих факторов в детстве, особенностей созависимости и др. Постоянным фактором, затрудняющим психотерапию, является сопротивление с применением ряда форм психологической защиты, преодоление которых требует специальных, профессиональных навыков, терпения и индивидуальных подходов, основанных на эмпатии.

Тем не менее, при проведении психотерапии аддиктов у специалистов достаточно часто остается чувство неудовлетворенности, как правило, связанное с тем, что пациенты, соглашаясь с объяснением причин аддиктивных реализаций, осознают эти механизмы в определенной степени на формальном уровне. Опытный психотерапевт устанавливает в таких случаях отсутствие достаточной «проработки» пациентом психологических механизмов аддикции, что выражается в их согласии с предлагаемым объяснением. Согласие пациента недостаточно выстрадано и носит во многом декларативный характер: аддикт подыгрывает терапевту, стараясь произвести на него положительное впечатление, продемонстрировать успешность проведенной коррекции. В то же время, осознание аддиктивных механизмов может оказаться результатом суггестии, которую пациент воспринимает пассивно, дистанцируясь от глубинного, рефлексивного самоанализа.

В каждом из этих вариантов специалист наталкивается на преграду, мешающую более эффективной терапии. Что же представляет собой эта преграда, преодоление которой оказывается невозможным в случае применения классических психоаналитических техник?

Для того, чтобы ответить на этот вопрос, следует проанализировать особенности трансферентно - контртрансферентных отношений между аддиктом и психотерапевтом. Трансференс при аддикциях обычно носит недостаточный характер, из него выпадает зона наиболее ранних травматических переживаний, которые, таким образом, не могут быть повторно пережитыми в контексте отношений с психотерапевтом. Наиболее ранний уровень трансференса, переживаемый в отношениях с психотерапевтом, получил название «организующего трансференса» (Hedges 1983, 2000), поскольку он относится к травматическим переживаниям, возникшим в тот период жизни, когда младенец активно включается в «организацию или установление физических и психологических каналов и связей с его/её человеческой средой».

В психоанализе также используется термин «психотический трансференс», когда речь идет о анализе становящимися психотическими пациентов в связи с переносом на психотерапевта переживаний очень раннего «первичного» периода.

Тип трансференса, контртрансференса и сопротивления зависит от характера личностной организации, поэтому, зная особенности личности и форму личностной организации, можно заранее предсказать, каким образом будет развиваться трансференс.

Hedges (1983) выделяет четыре варианта личностной организации:

1)невротическую;

2) нарциcстическую;

3)пограничную;

4) переживающую наиболее ранний, организующий процесс.

У лиц с невротической организацией в трансференсе переживаются драйвы, характерные для пятилетнего ребенка. Здесь присутствует интенсивный страх

сексуальных и агрессивных влечений по отношению к психотерапевту, оживают все переживания, психические процессы и состояния, запрещенные в детстве и обусловленные рамками семейной структуры. Возникает вторичное репрессирование этих влечений и связанных с ними мыслей. Вторичная репрессия не связана с внешней психотравмирующей ситуацией, она относится к стимулам, возникающим из "недр" психической структуры.

В случаях нарциссгической личностной организации центральным содержанием трансференса являются свойственные двух-трехлетнему ребенку потребности в положительном отношении, восхищении, поддержке. Во время трасференса может возникать чувство стыда, связанное с желанием быть наиболее значимым/ой для психотерапевта. Некоторые психические содержания диссоциируются, отгораживаются от осознавания. Эти содержания не репрессируются в подсознание, они могут быть легко осознаны в случаях, если этому благоприятствует ситуация, складывающаяся в процессе терапии.

Пограничная личностная организация активизирует в трансференсе воспоминания, основанные на отражении уровня, свойственного 4-24 месячному возрасту. Акцентуируются невербализуемые симбиотические, эмоциональные сценарии. Воспоминания о травматических моментах приводят к сопротивлениям в установлении контакта, формировании стойкого положительного отношения к терапевтическому процессу. Возникают крайне изменчивые состояния, переход от сверхценного положительного к сверхценному отрицательному отношению, что зависит от того, как пациент оценивает текущую межличностную ситуацию на интуитивно-эмпатическом уровне.

Личностная организация, фиксированная на переживаниях наиболее раннего организующего процесса (согласно Hedges, от четырех месяцев до рождения и до четырех месяцев после рождения), сохраняет следы воспоминаний, которые не могут быть представлены не только в словах, но даже в образах. При этом сам организм, его ткани или система эмоциональных реакций сохраняют отпечатки травмирующих событий. Последние связаны с нарушениями необходимого для выживания всестороннего (питание, комфорт) ощущения контакта с матерью. Ребенок в этом периоде реагирует на эмоциональную боль психосоматически. "Младенческие наиболее ранние психические структуры выстроены вокруг невербальных "опознавательных знаков" соматических функций…" (Mc Dougall, 1989). В процессе психоаналитической работы автор продемонстрировала, каким образом эти ранние соматические знаки могут отражаться в трансференсе.

Имеются основания предполагать, что многие, прежде всего, химические аддикты в этом раннем периоде подвергались травмирующим переживаниям. Большинство из них воспитывались в аддиктивных семьях, с характерными для последних частыми стрессовыми ситуациями, изменяющими состояние матери на различных уровнях, в том числе биохимическом, нейрогормональном. Возникающие изменения в организме матери, кроме всего, как правило, имеют дисритмический, нерегулярный характер, что делает их непрогнозируемыми для плода и новорожденного младенца на соматоневрологическом, тканевом уровнях. Употребление матерью алкоголя и/ или других веществ, изменяющих психическое состояние, в ещё большей степени осложняет симбиотические отношения плода, в связи с нарушением трофических процессов.

Особое значение в процессе контакта с психоаналитиком имеет стимулирование последним переживаний наиболее раннего уровня -организационного процесса. Подобная ситуация обычно возникает, когда межличностный контакт пациента/пациентки углубляется, становится более доверительным и / или появляется угроза нарушения контакта в связи с развивающимся чувством недоверия и угрозы. Переживания этого уровня не могут найти выражения не только в словах, но и в образах. Они присутствуют в организме в импринтированном протопатическом соматобиологическом виде.

Восстановление в памяти в процессе трансференса переживаний организационного уровня крайне болезненно, оно часто сопровождается психосоматическими и эмоциональными реакциями: дрожанием, судорогами, чувством тошноты, рвотой, обмороком, нарушением дыхания, функциональными параличами, чувством ужаса, нахождением вне собственного тела (“out – of – body experiences”). Необычность и глубина возникающих состояний позволяет характеризовать их как нарушения *психотического* уровня и квалифицировать такой трансференс как *психотический.* У ряда пациентов появляется тенденция к продуцированию рассказов, в структуре и содержании которых обнаруживаются архетипные мотивы: сообщения о предшествующей реинкарнации, похищении инопланетянами, ритуальном насилии.

В процессе трансференса обнаруживается не полностью осознаваемое стремление каким-то образом освободиться от дестабилизирующего, вызывающего постоянное внутреннее беспокойство чувства, связанного с ранней травмирующей ситуацией посредством повторного проигрывания её фрагментов в новых и «взрослых» отношениях с психоаналитиком. Однако, сопротивление осуществлению трансференса в связи со страхом чрезвычайно сильно и может привести к разрыву контакта.

Для психотического трансференса характерно образование кратковременных, неподдающихся критике, ложных умозаключений, что может выражаться во внезапном изменении отношения к психоаналитику, предъявлению ложных обвинений, например, в нарушении этики, злоупотреблении доверием, психологической травматизации, приводящей к ухудшению психического и/или соматического состояния. Ложные обвинения могут быть также спроецированы в прошлое на отношения с какими-то авторитетными лицами в детстве (родителями, родственниками, знакомыми, воспитателями, учителями и другими значимыми людьми).

Hedges (1988) считает, что эмоция страха и даже точнее – ужаса занимает в трансференсе наиболее ранних переживаний центральное место. У многих аддиктивных пациентов страх «поселился» в психике и теле в связи с событиями их раннего детства. Тяжелые травмы, насилие в последующих периодах ухудшили ситуацию, сделав этих людей чрезвычайно ранимыми по отношению к любым воздействиям, напоминающим психотравмирующие события. Трансференс, таким образом, по мере погружения в преэдипальный период способен оживлять эти переживания с нарастающей параллельно уходу на всё более ранние уровни силой.

Психическая структура аддиктов обнаруживает нарушения различных уровней организации.

Тем не менее, особенное значение имеют травмирующие ситуации, пережитые на начальных – четвертом и третьем уровнях. Невозможность воспроизвести, вспомнить, вербализовать переживания обусловливает затруднение образования продуктивного контакта с психотерапевтом, что препятствует проведению эффективной терапии. Как уже указывалось, «обычный» трансференс не формируется. Характеристика возникающего переноса как «неполного» недостаточна, так как за фасадом формальности, поверхностности, дистанцирования скрываются механизмы неосознаваемой внутренней динамики, включающей необходимость постоянной репрессии эмоциональной боли, ужаса ранних переживаний.

Привычным способом облегчения, связанного с постоянным подавлением отрицательных эмоций для аддикта, является аддиктивная реализация. Психотерапевтическая ситуация, направленная на блокирование такой реализации в будущем может автоматически на бессознательном уровне оцениваться как угроза сохранению сформировавшегося аддиктивного регулирования нежелательного состояния. Психотерапевт воспринимается в качестве центральной фигуры, отождествляемой с этой угрозой, и в то же время стягивающей на себя проекции реплик неосознаваемых ранних травматических переживаний. Последние перерабатываются в метафоры, содержание

которых строится на основе таких уровней личностной организации, как невротический, нарцисстический и пограничный.

Метафоры первичных переживаний на пограничном уровне энергетически насыщены, характеризуются контрастностью, неожиданной сменой положительных образов отрицательными.

Таким образом, динамика трансференса зависит от двух основных факторов:

а) силы репрессии;

б) смены положительной и отрицательной оценок терапевта.

В случаях выраженной репрессии контакт с аналитиком носит поверхностный, формальный характер. Тем не менее, и при таком варианте удается обнаружить эмоциональные реакции, вегетативные изменения, свидетельствующие об активации внутренних механизмов, которые не способны прорваться в сознание и структуризоваться в виде проецированной на аналитика метафоры.

У аддиктов в процессе трансференса возможно преобладание проекций, основанных в большей степени на пограничном уровне личностной ориентации. В этих случаях они способны конструировать эмоциональные связи в процессе терапии в форме дубликатов прежних детских чувств, образов и сценариев, которые проецируются на аналитика в пассивном или активном виде. Психотерапевтический контакт с этой группой аддиктов в обычной вербальной форме неэффективен. Это связано с тем, что основные эмоциональные, в том числе травмирующие, события действовали на них в том периоде жизни, когда их речь не была развита и слова сами по себе не имели значения. С этим связано присущее им во взрослом возрасте своеобразное невнимание к словам, фразам, вербальным конструкциям, имеющим терапевтическое содержание. Аддикты этого типа хорошо “схватывают”, понимают рассуждения, объяснения, предложения и суггестии психотерапевта. Однако, это понимание носит, в основном, интеллектуальный характер, оно ограничивается сферой логического мышления и не сопровождается сколько-нибудь значимым эмоциональным участием. В результате все услышанное как бы просеивается через сито и в осадке ничего не остается.

Техника классического психоанализа оказывается неадекватной, поскольку аналитик не может стать “зеркальным отражением” пациента и эмоционально дистанцироваться от возникающего у него состояния во время сеанса терапии, так как при таком подходе анализ обречен на поражение.

Продуктивный контакт с пациентом возможен при максимальном внимании, эмпатизировании эмоционального состояния пациента. Важны не сами слова, а нюансы, эмоциональные оттенки их произношения. Пациент, в свою очередь, внимательно следит за мимикой и экспрессией аналитика, фиксируя, например, его незаинтересованность, формальное отношение, торопливость, раздражение и др. Возникающая при этом ответная реакция пациента может оставаться незамеченной, создается впечатление, что все идет хорошо, однако, в дальнейшем контакт приобретает формальный характер.

В преодолении аддикции всегда участвует самоанализ, необходимый для осознания надвигающейся опасности для себя и для окружающих и, прежде всего, близких людей. Осознание не может возникнуть само по себе, его отправным пунктом является сравнение всего того, что связано с аддиктивными представлениями, факторами и реализациями с присущей человеку прежней доаддиктивной системой ценностей. Последняя включает нереализованные в прошлом конструктивные мотивации и недостаточно сформированные ego-силы. Таким образом, успех обратного развития аддикции во многом зависит от особенностей личности, на основе которых формируется аддикция, и от степени захвата аддиктивной личностью контроля над доаддиктивными личностными паттернами.

В своей практике мы обращали внимание на то, что психокоррекция пациентов с различными формами аддиктивных расстройств была более эффективной, если они

придавали большое значение своим достижениям, творческому успеху, совершенствованию профессиональных навыков; имели перед собой реальные планы, были позитивно ориентированы на будущее. Для этой категории аддиктов характерна озабоченность состоянием самооценки. Сознание опасности вовлеченности в аддиктивные фиксации связано у таких пациентов с оценкой разрушающего влияния аддиктивного процесса на позитивную самооценку.

Если осознание аддиктивной проблемы ассоциируется со способностью осознания себя в более широком смысле, то у ряда лиц с развивающимся аддиктивным процессом оно наталкивается на серьезное сопротивление. Последнее обусловлено импринтированным в детском периоде жизни механизмом ухода от анализа совершаемых ошибок, неудач и поражений. Переживания неприятного содержания репрессировались или использовались примитивные психологические защиты, например, отрицание. Все, что облегчало репрессирование, автоматически предрасполагало к аддиктивной фиксации. Отсутствие достаточного самоанализа приводило к развитию алекситимии – неспособности вербализовать свои эмоциональные состояния. У пациентов такой категории присутствовало пассивное сопротивление самоанализу, нежелание думать и разбираться в аддиктивной проблеме. Наряду с преобладанием пассивного ухода от неприятных переживаний, у пациентов отсутствовала достаточная «проработка» всего того, что было связано с их преодолениями, маленькими победами и положительной стороной (пусть даже мало представленной) их жизни в целом.

Преодолению сопротивлений помогает мобилизация внутренних ресурсов, основанных на оживлении «замороженных» в бессознательном рудиментов раннего, положительного опыта и его более полным осознанием.

Таким образом, в коррекции аддикций могут быть использованы психоаналитические подходы. Здесь следует также обратить внимание, в частности, на то, что аддикция представляет собой деструктивный процесс, который сравнивают с медленным способом совершения самоубийства (Menninger, 1966).

Анализируя пациентов с алкогольной аддикцией, Menninger обнаружил, что многие из них в трезвом состоянии были поглощены мыслями о совершении самоубийства в той или иной форме. Иногда размышления на суицидальные темы сочетались с представлениями о неполноценности, греховности, некомпетентности. Пациенты совершали акты самоповреждения, или пытались покончить с собой не только в пьяном, но и в трезвом состоянии. Автор приходит к заключению, что в случае алкогольной аддикции имеет место суицидальное бегство от болезненного трудно переносимого состояния, которое квалифицируется как попытка самолечения невидимого внутреннего конфликта, усиленного, но не первично вызванного (как многие думают) внешним конфликтом.

Психоаналитические исследования обнаруживают, что многие лица, злоупотребляющие алкоголем и другими психоактивными веществами, на сознательном уровне не понимают, почему они совершают суицидные попытки (Rado, 1926,1933; Simmel,1930 и др).

На поверхностном уровне некоторые аддикты, например, алкогольные, производят впечатление беззаботных, веселых, ничего “не берущих в голову”, экстравертированных, компанейских людей.

Они часто (если не имеют симптома потери контроля) создают атмосферу непринужденности и беззаботности в компаниях, собирающихся по поводу каких-либо торжественных случаев.

Непрофессиональному наблюдателю невдомек, что в поведении аддиктов присутствует элемент определенной насильственности: они стараются изо всех сил “быть на высоте” (в их понимании), произвести положительное впечатление, показать себя сильными, беспроблемными, уверенными в себе.

В то же время такой стиль поведения отражает стремление каким-то образом компенсировать (по сути дела гиперкомпенсировать) внутреннее чувство неуверенности, неполноценности и тревоги. Корни таких негативных представлений и эмоций находятся в бессознательном и отражают поражения, унижения, разочарования в ранних периодах их жизни. Их количество так велико, что превышает предел психологической переносимости.

Классический психоанализ исходит из предпосылки о силе отрицательных событий в детстве алкогольных аддиктов, которые настолько нарушили их личностное развитие, что привели к задержке на оральной стадии. Таким образом, алкогольным аддиктам присущ "оральный характер". Как известно, ребенок в оральной стадии развития (до 12-ти месяцев) детерминирован в своих отношениях с миром желанием поглотить своим ртом все, находящееся в пределах досягаемости, компоненты, а также "…разрушать своим ртом все, что сопротивляется его требованиям" (Menninger, 1966). В выпивке психоаналитики выделяют инфантильные компоненты мести, осуществляемой ртом; магической оценки алкоголя, а также косвенной агрессии. Выпивка способна анестезировать враждебные чувства по отношению к значимым людям, в том числе, родителям, и это снимает напряжение, связанное с характерными для аддикта амбивалентностями, желанием разрушить значимый объект и, в то же время, страхом потерять его.

Саморазрушительный характер аддиктивного поведения бывает настолько очевидным и выраженным, что в его механизмах нельзя исключить нарушение баланса биологических драйвов: драйв аутодеструкции отчетливо преобладает над драйвом (инстинктом) самосохранения.

Химические вещества, употребляемые аддиктами, вызывают у них сильные положительные эмоции, эффект которых кратковременен, и становятся звеном цепи, ведущей к разрушению. Жизнь аддикта все более отрывается от её биологической природы, естественные удовольствия, (привязанность, дружеские чувства, любовь) заменяются искусственными суррогатами. Процесс приводит к психофизическому истощению, несовместимому с жизнью, или прямому суициду.

Savitt (1963) считает, что исходной частью аддикции является снятие невыносимого напряжения и эмоциональной боли, а не достижение удовольствия. Состояние напряжения у аддикта автор сравнивает с недифференцированными ("океаническими" по Sullivan'у) переживаниями новорожденного, которые химический аддикт идентифицирует как наркотический голод.

Savitt исходит из предположения, что стремление к легким аддиктивным реализациям присутствует в каждом человеке, проявляясь в возможных пристрастиях к курению, употреблению чая, кофе, сладостей и др. Выраженность этих фиксаций и вовлеченность в более жесткие формы причинно связаны с дисфункциональностью раннего этапа формирования ego, на что влияют, прежде всего, отношения с матерью.

Аддиктивные фиксации в разных возрастных периодах способствуют регрессии, которая, в свою очередь, усиливает предрасположенность к возникновению деструктивного, всепоглощающего влечения к алкоголю и наркотикам.

Представляет интерес выделение ещё в 1937 году Knight'ом более злокачественно протекающего типа алкоголизма, характерного для лиц с "деформированным" характером. Деформация характера формировалась ещё в раннем возрасте и выражалась в задержке развития на анальной стадии эротизма, в противоположность типичному для другого типа представленности оральных характеристик. Автор считал, что злоупотребление алкоголем у типа лиц с анальными чертами носит более деструктивный, компульсивный характер и не является просто реакцией на внешние стрессы.

Использование психоаналитических трактовок имеет прямое отношение к коррекции аддиктивных расстройств. Так, например, они должны учитываться при стимулировании осознания аддиктами опасности аддиктивных реализаций для их

здоровья и жизни. Практика показывает, что прямое информирование лиц, злоупотребляющих алкоголем, или другими веществами, изменяющими психическое состояние, мало эффективно и воспринимается как обычное заучивание или абстрактная схема.

В то же время известны многочисленные случаи прекращения употребления алкоголя аддиктами, связанные со значительным ухудшением здоровья, непосредственным отрицательным влиянием приема алкоголя на физическое состояние (появление болей в области сердца, развитие диэнцефального криза с ускоренным дыханием, сердцебиением, потемнением в глазах, парестезиями и витальным страхом). До возникновения подобного эффекта алкоголя вся информация о "вреде алкоголя для здоровья" этими пациентами не воспринималась сколько-нибудь серьезно.

Анализ приведенной поведенческой динамики показывает, что, по крайней мере, при алкогольных аддикциях, задействованность аутодеструктивного драйва не выражается обычно в прямом осознанном стремлении к алкогольному суициду. Не представляется возможным установить наличие трех компонентов суицидальной конструкции (по Menninger'у): желания умереть, желания убить себя, желания быть убитым. И все же известно, как много самоубийств совершается во время алкогольного опьянения. По Kessel, Grossman (1961) и др., 6-8% алкоголиков из 220 наблюдаемых покончили с собой.

Суицидные попытки во время алкогольного опьянения носят неожиданный, импульсивный характер, они связаны с развитием интенсивно выраженного тоскливого состояния. Некоторые аддикты снимают это состояние, наращивая в быстром темпе прием алкоголя с превышением толерантности до развития глубокого оглушения (Банщиков, Короленко, 1968).

Таким образом, при алкогольной аддикции, очевидно, могут иметь место различные варианты нарушения баланса между инстинктом самосохранения и аутодеструктивным драйвом: всегда вероятно обострение аутодеструктивного драйва при опьянении, когда в большей степени страдает ego-защитная функция.

Алкогольная модель представляется в целом более доброкачественной в плане проявления аутодеструкции, по сравнению с формами, связанными с употреблением "жестких" наркотиков в условиях далеко зашедшего развития аддиктивного процесса.

В современном психоанализе дискутируется вопрос о "психологической аддикции" к так называемому преследующему объекту. Аддикция возникает у лиц, не получивших в раннем преэдипальном периоде достаточной эмоциональной поддержки со стороны родителей, прежде всего, матери, для формирования спаянного Self'a. Последний оказывается как бы лишенным центральной части, ядра (core). Аддикция обусловлена неадекватной интернализацией и интеграцией объекта.

Kavaler – Adler (1998) считает, что психологической аддикции свойственна фиксация на реальном первичном "плохом объекте", "внутреннем соботажнике" (по Fairbairn'y, 1952). Фиксация происходит в раннем оральном периоде на фоне незаполненного, пустого, голодающего Self'a. Объект отщеплен от Self'a и связан с висцерально обусловленным переживанием ненасытного орального голода.

Эдипальный период трансформирует объект, придавая ему новые содержания, однако, пустой Self делает невозможным исправить его отщепление; интимный контакт с людьми остается нарушенным. Неполностью внедренный в Self объект может принимать различные формы.

Kavaler – Adler выделила, например, у пациенток форму "демонического любовника", который вызывал очень сильные противоположные чувства: возбуждающего притягивания и, в то же время, страха и отталкивания.

Большое значение в механизме развития аддикции имеет зависть. При этом речь идет о "первичной зависти", прослеживаемой уже в начальном периоде жизни в виде основных потребностей в объекте (Boris, 1994) детьми обоих полов.

Согласно R.May (1998), зависть включает три основных элемента: желание нуждающегося в заполнении Self'а, конфронтацию с непохожестью (confrontation with otherness) и воображение на тему о чьём-то удовольствии. Самое главное в этой триаде – драма Self'а, находящегося в болезненном состоянии желания и объект желания, которым хочется обладать для того, чтобы сделать Self счастливым и удовлетворенным. Основная мысль, присущая зависти, – "я хочу чувствовать то же, что и объект моего желания". Зависть является фантазией, которая амбивалентна: она включает непременную идеализацию объекта и непременную ненависть к нему. Объект зависти идеализируется (может происходить частичная идентификация с ним), наделяется положительными характеристиками, а затем сразу же обесценивается, более того, "Большое Добро" становится "Большим Злом", на которое проецируется чувство ненависти.

Характерен ненасытный голод по отношению к отщеплённому идеализируемому и, в то же время, демонизируемому объекту. Аддиктивная фиксация на демоническом любовнике делает невозможным в реальной жизни контакт с "хорошими" объектами, которые могли бы быть интернализированы для создания когезивной психической структуры self'а.

Аддикция к "плохому" первичному объекту характеризуется вампироподобным оральным драйвом, корни которого уходят в раннее детство, в период, когда дифференцированные эго желания установления контакта не имели возможности реализоваться.

Следует подчеркнуть, что психологическая аддикция к плохому объекту может стать основой для развития сексуальной аддикции, а также сопровождаться активизацией аутодеструктивного драйва и привести к самоубийству. Такого рода развитие нашло отражение в произведениях художественной литературы и поэзии, авторы которых сами находились в плену психической аддикции. Kavaler – Adler анализирует аддикцию к демоническому любовнику на примере Сильвии Плят (Sylvia Plath), известной американской поэтессы и писательницы.

Аддиктивная фиксация и голод ненасытного Self'а были отчетливо выражены в поэзии Plath (например, поэма "Daddy") и приводили её к суицидным и агрессивным мыслям, попыткам покончить с собой, и в конце концов к завершенному суициду.

Переживания "пустого ядра"и амбивалентные чувства к "демоническому любовнику"находят выражение в стихотворении Plath "Вяз":

"Ты слышишь во мне море
Его ненасытный голод
Или голос пустоты твоего наваждения?
Любовь это тень
По ночам ты её призываешь,
Послушай цокот копыт: он пустился вскачь.
Я всю ночь буду в галопе как конь,
Пока голова не превратится в камень,
А подушка в дёрн,
Пульсируя эхом…

Я боюсь этого мрачного существа,
Которое спит во мне…
Поцелуй источает разъедающий яд.
Поражает волю
Каждое медленное фальшивое движение
Убивает. Убивает. Убивает.

(перевод Ц.П.Короленко)

Kavaler – Adler интерпретирует “психический голод” поэтессы как оральный голод, который “вампироподобен на вагинальном уровне”подобно оральным драйвам к первичному материнскому объекту, смешанному с эдипальными желаниями в абортивной Self – структуре”. Потенциальные эдипальные желания интенсивны, но, в то же время, отщеплены в связи с отсутствием спаянной центральной Self – структуры. Диссоциация собственных инстинктуальных стремлений, сочетающаяся с проекционной идентификацией, является механизмом, посредством которого Plath “создает её божественного папочко/демонического любовника. Она проецирует свои чувства на созданный аддиктивный образ умершего отца. Отрицательное отношение здесь комбинируется с сексуальным желанием, поэтическая муза воспринимается сквозь призму символизированной личности отца. Демонический любовник представляет всегда эссенциальный эротизм, без нежности и сопереживания, в нем персонифицирован образ деструктивной зависти. С ним не возможны отношения, он наделен драйвами “первичного бессознательного” M.Klein.

Демонический любовник – это отделенный от Self’а нарциссический имидж и его противоположность. Аддикция к демоническому любовнику обусловлена у женщин травматической фрустрацией, связанной с лишением в детском возрасте материнской заботы и теплоты, что, в свою очередь, обусловлено пустым ядром Self’а матери, неспособной к таким чувствам, отрезанной от настоящих эмоциональных контактов с собой и дочерью. Состояние получило название симптома “пустого ядра”, описанного Seinfeld (1990). Симптом “пустого ядра” накладывает отпечаток на всю личность. С точки зрения Seinfeld, демонический любовник может быть поглощаем Self’ом с пустым ядром, испытывающим постоянный голод по отношению к объектам, так как отсутствует связь с родителями. Демонический любовник может стать заменой всех основных отношений Self’а. Непреодолимая страсть, сексуальное желание по отношению к демоническому любовнику представляет собой ненасытный голод по всемогущему другому, оно не имеет границ. Здесь игнорируются все физические возможности. Аддиктивное желание рождается из чувства внутреннего вакуума, ощущаемого на протопатическом висцеральном уровне.

Демонический любовник может принимать форму маскулинизированной поэтической музы, что нашло выражение в поэме “ Демонический любовник” Эмили Бронте. Аддикция к демоническому любовнику приводит к разрыву отношений с реальным миром, отказом от личной жизни. Подобную параллель между психической аддикцией к демоническому любовнику можно видеть на примере творчества американской поэтессы Эмили Дикинсон (Emily Dickinson). Dickinson называет демонического любовника богом, который “скальпирует твою обнаженную душу” и уводит тебя в царство смерти. Dickinson отказалась от замужества, отстранилась от социальной жизни. Находясь в нарастающей изоляции отцовского дома она отображала в своих поэтических произведениях захватывающую её все в большей степени боль внутренней пустоты и деперсонализации.

Существует ли какой-то аналог женской аддикции к демоническому любовнику у мужчин? Очевидно, да. Об этом свидетельствуют, в частности, данные из области транскультуральной психиатрии. У сибирских татар, например, известно состояние, вызванное внедрением в мужчину “бичен” – лесной женщины, что может произойти во время охоты. Бичен овладевает мужчиной, он все более фиксируется на её образе, мечтает, думает о ней, контакты с близкими, друзьями становятся неинтересными. Возникающие при этом стремления к уходу в лес, к одиночеству могут приобретать опасный для жизни, деструктивный характер.

Психоанализ аддикции к преследующему объекту или демоническому любовнику имеет значение для понимания психологических процессов, участвующих в формировании других аддикций. Это связано с наличием общих, объединяющих различные аддикции, базисных элементов. Так, например, анализ пациентов/пациенток с

алкогольной аддикцией обнаруживает, что их любовные объектные отношения, несмотря на их периодическую интенсивность, кратковременны и крайне неустойчивы. Для них типичны частые конфликты, связанные со столкновением интересов. Будучи не в состоянии что-либо исправить, они погружаются в состояние пустоты (отражающее симптом пустого ядра) и стремятся к алкоголю как к средству, которое временно в период интоксикации способно вызвать чувство гармонии между ними и окружающим миром. Гармония возможна только до тех пор, пока ничего из внешнего мира (люди, события, информация) ей не помешает, никто ничего не потребует. Алкогольные аддикты в связи с неспособностью устанавливать длительные интимные коммуникации пьют в одиночку или в алкогольных компаниях, состоящих из ничего не требующих от них людей. В мире алкогольной аддикции реальные люди могут переноситься только в том случае, если они со всем соглашаются, ничему не противоречат и уж тем более не критикуют поведение аддиктов. На этом базисном фоне содержание фантазий нередко включает имиджи преследующего объекта, свойственные психической аддикции.

В заключении следует подчеркнуть, что психоанализ аддиктов – это психоанализ пациентов с многочисленными доаддиктивными проблемами. Психотравмирующие ситуации прослеживаются у аддиктов в наиболее ранних периодах жизни. Аддикты обнаруживают предрасположенность к развитию выраженных отрицательных эмоциональных реакций в процессе формирования трансференса даже в его рудиментарном виде. Эти реакции в некоторых случаях могут приобретать характер агрессии, проявляющейся, например, в предъявлении психотерапевту вымышленных, ложных обвинений. Репертуар обвинений включает в себя достаточно широкое содержание: некомпетентность, невнимательность, низкий профессионализм, нарушение этики и др. В связи с этим, Hedges (2000) обращает внимание на необходимость соблюдения осторожности в психоаналитической работе и обучения психоаналитиков навыкам работы с “примитивными процессами человеческой психики”.

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Анализ коротких психозов представляет интерес в связи с ростом числа пациентов, у которых эти состояния диагностируются.

Кратковременное психотическое расстройство согласно DSM–IV, характеризуется внезапным началом. Клиническая картина может быть различной. Тем не менее, должен присутствовать, по крайней мере, один из следующих позитивных психотических симптомов:

1.Инкогерентность или заметное нарушение ассоциаций.

2.Бредовые идеи.

3.Галлюцинации.

4.Кататоническое или дезорганизованное поведение.

Возможно наличие только одного из перечисленных расстройств.

Длительность кратковременных психозов составляет не менее одного дня и не должна достигать одного месяца. Кратковременные психозы заканчивается благоприятно–полным возвратом к доболезненному уровню функционирования.

Трактовка коротких психозов в DSM-III-R и DSM-IV отличается одним существенным моментом. В DSM-III-R эти психозы носят название короткие реактивные психозы. В DSM-IV они не называются реактивными, и это не случайно. В DSM-III-R говорится, что короткие реактивные психозы возникают под воздействием значительного стресса, под которым подразумеваются обстоятельства, являющиеся серьезной психической травмой практически для каждого человека данной культуры. В DSM-IV дается такая же клиническая картина психозов, но стресс исключается. Они могут

возникнуть под влиянием стресса, но могут возникать и без него. Таким образом, эти нарушения приближаются к шизофреноформным расстройствам, отличаясь от них фактором времени.

В описании коротких психозов обращается внимание на отсутствие продромальных симптомов, характерных для шизофрении. Исходом этих нарушений является возвращение к преморбидному уровню функционирования, к тому состоянию, которое было у пациента до перенесенного психоза. Поэтому, когда психоз развивается, нельзя сразу определить его дальнейшее развитие. Возникающее состояние может оказаться кратковременным психозом, шизофреноформным психозом или шизофренией. В дифференциальной диагностике важно установление наличия органического фактора, который мог бы быть ответственным за возникновение и поддержание этот вида психического нарушения.

Короткие психозы могут развиваться как при наличии, так и при отсутствии фактора психической травмы. *В первом варианте* психоз возникает вскоре после психотравмирующего события/событий, которое/которые могли бы быть стрессовыми почти для каждого при тех же обстоятельствах и в рамках той же культуры.

Во втором варианте короткие психозы возникают вне видимой связи со стрессовыми факторами такого же значительного характера.

DSM–IV выделяет также в качестве отдельного спецификатора для развития коротких психозов послеродовой период, в тех случаях, когда возникновение психотических симптомов имеет место в пределах четырех недель после родов.

Короткие психозы возникают в различных культурах и их клинические проявления структурируются в соответствии с традиционными стереотипами поведения. В традиционных обществах они обычно протекают в виде диссоциативных, связанных с культурой синдромов. Они обычно диагностируются как различные формы диссоциативных трансовых расстройств. Эти синдромы, встречающиеся в традиционных культурах, могут иметь сложную структуру поскольку патологическая диссоциация часто включает в себя не только синдром транса, но и овладения духами. В типичных случаях овладения пациент ведет себя как-будто он является другим человеком, в которого вселился дух умершего родственника или соседа. Состояние может сопровождаться слуховыми и зрительными галлюцинациями, эпизодами судорожно–подобного типа (Clans, 1983; Freed a.Freed, 1990).

Психоанализ и шизофрения

Заболевание (заболевания), которое в настоящее время называется шизофренией, очевидно, сопровождает человечество с древнейших периодов его развития.

Психические расстройства, характерные для шизофрении, описываются в Святом Писании: … «Он имел жилище в гробах, и никто не мог его связать даже цепями, потому что многократно был он скован оковами и цепями, но разрывал цепи и разбивал оковы, и никто не в силах был укротить его; всегда, ночью и днем, в горах и гробах кричал он и бился о камни…И спросил его как тебе имя? И он сказал в ответ: легион имя мое»…Евангелие от Марка 5: 3-5; 9.

Симптомы шизофрении находили отражение в античной литературе. Примером может служить описание психоза Орестея в «Орестее» Эсхилоса.

Шизофренические расстройства описываются Шекспиром: бормотание Бедного Тома в «Короле Лире». Они наблюдались Scot'ом в XVI веке: книга «Открытие колдовства».

В 1896г. Kraepelin (1856-1926) на основании неблагоприятного течения и исхода различных по клиническим проявлениям психических расстройств объединил их в одно психическое заболевание, которое назвал dementia praecox (раннее слабоумие).

Kraepelin обратил внимание на то, что такие психические нарушения как бредовые идеи, кататония и гебефрения, а также эмоционально-волевые расстройства без продуктивных симптомов возникают в молодом возрасте и болезненный процесс приобретает прогредиентно-злокачественный характер. Kraepelin таким образом считал, что между различными клиническими симптомами существует общий деноминатор, определяющий общее течение и общий исход: начало в подростковом или раннем взрослом возрасте и прогрессирование в направлении развития одного и того же исходного состояния, называемого Kraepelin'ым «слабоумием».

Концепция раннего слабоумия Kraepelin'а носила пессимистически фатальный характер. Следуя ей уже в начале заболевания при установлении симптомов, входящих в реестр приведенных автором, делался вывод о неминуемом движении к ухудшению вплоть до развития слабоумия или, как предпочитали обозначать это состояние многие психиатры- «психического дефекта».

В то же время уже в 1906г. Adolf Meyer начал развивать концепцию о «раннем слабоумии» как о принципиально обратимом типе реакции, который развивается у некоторых лиц в результате нарастающих трудностей в адаптации. Это проявление патологии, согласно Meyer'у, представляет собой производное аккумуляции неправильных семейных привычек, реакций и средовых влияний.

Meyer считал, что сами по себе патологические реакции, если они возникают спорадически только при особых обстоятельствах, не являются признаками болезни. В хронически неблагоприятных ситуациях эти реакции могут стать привычными, возникать автоматически, заменять нормальные формы реагирования и распространяться на все поведение. Так, например, негативизм может быть просто упрямством в какой-то конкретной обстановке, что психологически вполне объяснимо. Тем не менее, если негативизм распространяется на все виды активности как «неконтролируемый блокирующий фактор», он становится патологическим и представляет то, что принято называть «психической болезнью».

Термин «шизофрения» был введен E.Bleuler'ом в 1911г. для замены прежнего Крепелиновского термина «раннее слабоумие». Для такой замены оснований было более, чем достаточно:

1.оказалось, что заболевание развивается не только у лиц раннего возраста, но и в более поздних периодах жизни;

2.заболевание не всегда необратимо и не всегда имеет злокачественное течение (на это позже обратил внимание и сам Kraepelin);

3. исходное состояние даже в неблагополучных случаях по своей клинике не соответствовало принятому понятию как врожденного, так и приобретенного парциального или тотального слабоумия.

Шизофрения переводится как «расщепление психики». Под расщеплением понимается диссоциация нормального синтеза психических процессов мышления, чувств, волевых функций и активностей, а так же дезинтеграция в самой структуре психических функций.

На основании клинических наблюдений Bleuler пришел к заключению, что психическое состояние даже наиболее тяжелых пациентов не дает оснований для установления у них «слабоумия» в вариантах, наблюдающихся при органических заболеваниях головного мозга вследствие его поражения или атрофии. Bleuler был убежден, что речь идет не о *«де-менции»*(снижении интеллекта), а о дисгармоничном состоянии психики, когда противоположные психические проявления и тенденции существуют вместе без осознания противоречий, что проявляется в расщеплении психики.

Bleuler пришел к заключению, что одним из отличительных признаков шизофрении является остающаяся внутри психики сохранность здоровой психики, которая не разрушена безвозвратно.

Симптомы шизофрении Bleuler разделял на два класса: фундаментальные и добавочные или вторичные. К фундаментальным симптомам он относил нарушения ассоциативного процесса и аффекта, уход от реальности (аутизм), преобладание фантазий над реальностью. Галлюцинации, бредовые идеи, иллюзии и кататонические расстройства были отнесены к вторичным симптомам.

Концепция Bleuler'а значительно оптимистичнее и более дифференцирована, чем Крепелиновская. Bleuler определил ее следующим образом: «Мы выделили группу психозов, течение которых иногда хроническое, временами определено интерметирующими признаками, и которые могут становиться или претерпеть обратное развитие в любой стадии…».

Клиника шизофрении, возможные механизмы развития психических нарушений при ней привлекали внимание психоаналитиков, хотя отношение к психотерапии этого страдания всегда было очень сдержанным. В работе «Интерпретация сновидений» Freud подчеркивает, что символическое содержание и архаика сновидений напоминают шизофрению, которая как бы проявляется во сне. Сновидения сравниваются с психопатологическими проявлениями.

В работе, опубликованной в 1896 г., Freud описал случай из практики и провел его подробный психодинамический анализ. Позднее этот же случай был диагностирован автором как бредовый вариант раннего слабоумия. В этом исследовании Freud впервые использовал термин «проекция» с объяснением его механизма.

В более поздней работе, датированной 1914 годом и касающейся проблемы нарциссизма, Freud приводит большее количество деталей, касающихся шизофрении, называя ее «нарцисстическим неврозом». В этом исследовании автор делает попытку «приспособить» предложенную им теорию либидо к шизофрении, высказывая предположение о том, что либидо «уходит» от внешних объектов и оказывается полностью направленным на ego, что приводит к состоянию, которое он назвал нарциссизмом.

В 1903 г. Jung, еще до своего полного разрыва с Freud'ом, опубликовал работу «Психология и dementia praecox», в которой применил психоаналитическую концепцию по отношению к шизофрении.

В многочисленных исследованиях Jung использовал созданный им тест словесных ассоциаций. Изучая пациентов, автор пришел к заключению, что бредовые идеи, галлюцинации и другие шизофренические симптомы развиваются вследствие активности *комплекса, который он назвал аутохтонным*. Имелась в виду группа идей, которые в силу своего неприятного эмоционального содержания были удалены из сознания и, находясь в бессознательном, принимали форму «независимого» существования.

Фактически, Jung использовал по отношению к шизофрении механизм, на который ссылался Freud, описывая сновидения. Jung излагал свою точку зрения следующим образом: «Если вы позволите спящему человеку, который видит сны, ходить и действовать так, как будто бы он находится в бодрствующем состоянии, то вы получите клиническую картину dementia praecox».

В 1913 г. Jung выделил два психологических типа личности - *экстравертированный,* который характеризуется центробежной направленностью психической энергии по отношению к окружающей среде, и *интровертированный,* с энергией, направленной в обратном направлении - в сторону от среды, по направлению к Self'у. Автор считал, что именно интровертированные люди впоследствии становятся больными шизофренией.

В дальнейших исследованиях Jung постулировал теорию коллективного бессознательного. Согласно автору, шизофренические расстройства возникают в

результате «инфляции сознания» материалами коллективного бессознательного, которые не могут быть интегрированы в сознании и разрушают его.

Американский психиатр Sullivan (1962), в отличие от Freud'а и Jung'a, акцентуировал внимание не на интрапсихических, а на средовых факторах, определяющих характер межличностных отношений.

В соответствии с представлениями Sullivan'a, шизофрения является косвенным результатом нездоровых межличностных отношений, существующих в диаде ребенок – родители, которых автор называл «значимые взрослые». Он считал, что межличностные отношения, которые могут привести к заболеванию, не позволяют ребенку сформировать способные устранить (элиминировать) тревогу паттерны реакций (формы ответов) на происходящее. Речь идет о деструктивных, ошибочных межличностных отношениях, которые препятствуют нормальному развитию ребенка в плане формирования системы Self, так как собственный прежний детский опыт недостаточен и дезадаптивен, в связи с интроекцией неправильных моделей интерпретации межличностных отношений. В дальнейшем такой человек вынужден в течение всей своей жизни искать ресурсы, необходимые для создания Self.

Такие неправильные интерпретации Sullivan называл *паратаксическими нарушениями (искажениями).* В итоге это приводит к потере возможности совершать «консенсуальную оценку», под которой Sullivan подразумевал способность распознавать валидность и значимость своих суждений по ответным реакциям других людей. Потеря способности понимать содержание оценки окружающими своих действий, утверждений, эмоциональных реакций и т. д. приводит к нарастанию тревоги и развитию психоза.

Sullivan придавал большое значение ранним детским переживаниям, которые диссоциируются от сознания и становятся частью того, что автор называл «не Я». Эти оторванные от сознания «части», воспринимающиеся как присущие ego, могут неожиданно восстановиться в сознании и осознаться, хотя и в символической, но, тем не менее, очень пугающей форме, вызывая при этом дезинтеграцию личности.

Sullivan (1956,1962) различал в структуре шизофрении три базисных процесса, называя их панорамой из трех частей.

1.В первой части пациенты теряют способность оценивать и постоянно корригировать свои права, мысли и действия по отношению к реальности, к происходящим событиям. В результате теряется способность логически мыслить, чувствовать и поступать в соответствии с требованиями реальности.

Пациенты воспринимают избирательно фрагменты реальных объектов и состояний, а не объекты и события в целом, и на основе такого фрагментарного восприятия делают ошибочные заключения. У них потеряна способность к исправлению этих заблуждений, в связи с недостаточной критикой. Присутствующая тревожность легко переходит в дезорганизованную панику, особенно в начале болезни, что в еще большей степени приводит к невозможности понимать происходящее. Утрата связи с реальностью, когда она не носит тотального характера, приводит к регрессу, к «примитивному хаотическому мышлению и чувствам, характерным для младенца».

2.Во второй части процесса пациент не в состоянии удерживать от осознания массу «отвратительных» (abhorrent) мыслей и импульсов, которые он до сих пор не мог вытеснить из поля сознания. Эти чувства, мысли и воспоминания, болезненные переживания прошлого вторгаются в сознание и доминируют над психикой. Внимание захвачено враждебными стремлениями, грандиозными инфантильными фантазиями, насыщенным чувством вины, сексуальными переживаниями, необычными соматическими ощущениями и многими другими отрицательными содержаниями. Эти переживания настолько сильны, что могут принимать форму галлюцинаций и бредовых идей, содержание которых подтверждает страхи и представления пациентов.

Sullivan, тем не менее подчеркивает, что патологические содержания психических процессов никогда не захватывают сознания пациента полностью. Они сосуществуют, «кооперируясь» с силами, стремящимися вернуть пациентов к реальности.

3.Третья панорама раскрывается, когда шизофреническое расстройство переходит из острой фазы в фазу длительного течения. Sullivan пишет, что в тех случаях, когда пациент, проходя через две предшествующие панорамы процесса, не выздоравливает в течение нескольких недель или месяцев, неоформленные или инфантильные способы мышления и чувствования становятся вплетенными в одну ткань, из которой их становится трудно вычленить. Фрагментированное мышление, бредовые идеи, галлюцинации и негативное отношение к себе и окружающему миру оказываются смешанными с остатками логики, реалистического мышления и нормальных чувств.

«Трехпанорамная» концепция объясняет, согласно Sullivan'у, многообразие клинических характеристик шизофрении и их необычную динамику.

Современные психоаналитики, особенно американские, проявляют высокую степень активности в исследовании шизофрении и возможности использования психоаналитических подходов в коррекции этой формы нарушений. Работы ведутся под флагом внимания к социальной психологии, характерного для американского психоанализа

Работы Mead (1968, 1969) оказали большое влияние на психологию и педагогику второй половины прошлого века. В изучении шизофрении, автор уделял особое внимание социальной коммуникации. Введенный им термин *«символический интеракционизм»* означает, что использование в процессе общения обычного, конвенционального языка, позволяющего человеку осознать идентификацию, при заболевании оказывается недостаточным. Поэтому в ход идут символические выражения, которые, в силу своей непонятности для окружающих, нарушают социальные взаимодействия.

В работах Cameron'a (1938, 1943), посвященных шизофрении, формулируется положение о выраженном языковом дефиците лиц, страдающих этим видом нарушения. Автор предлагает концепцию *«сверхвключения»,* под которой понимается тенденция не придерживаться в высказываниях и мышлении общепринятых, понятных каждому границ. Пациенты используют большое количество слов и выражений, которые, хотя и связаны каким-то образом с главной темой, но затрагивают ее далекие и весьма несущественные признаки, препятствующие концентрации внимания на основном содержании.

Обсуждение темы напоминает тексты с отсутствующим концом. Например, если спросить «нормального» человека о функциях, которые присущи кирпичу, он ответит, что кирпич используется в строительстве зданий. При наличии сверхвключения пациент акцентуирует внимание на других возможных функциях и может, например, сказать, что кирпич можно раскрошить, а полученной крошкой посыпать дорожку; или его можно использовать как груз, с помощью которого легко утопить что-нибудь в воде; кирпичом можно ударить кого-нибудь по голове и т. д.

K.Adler (1958) подчеркивал наличие у пациентов приватной, индивидуальной логики, которая понятна ему, но непонятна значительному большинству окружающих. Sullivan трактует этот феномен как паратаксическое мышление. E.Bleuler пользуется термином «аутизм», подразумевая под ним особый вид мышления, при котором человек погружается в мир фантазий и переживаний, в котором для него нет ничего невозможного.

Американские исследователи Lidz (1960), Fromm-Reichmann (1948) и др. выдвинули гипотезу о «шизофреногенной матери», способной инициировать развитие шизофрении у ребенка. Это положение снискало особую популярность в психоаналитических кругах. В настоящее время на смену этой концепции пришло понятие нарушенных внутрисемейных интеракций, значимость которых в возникновении шизофрении чрезвычайно велика.

Говоря о семье, как о системе, Burgess (1953) использует понятие семьи как «сверхличности» и настаивает на необходимости участия всех членов семьи в коррекции шизофрении. Автор считает индивидуальную психотерапию недостаточной и неадекватной.

Семейную единицу Burgess рассматривает в качестве социологического организма, имеющего собственный жизненный стиль и семейный гомеостаз, в котором даже с течением времени мало что меняется. В такой дисфункциональной семье постоянно присутствует некий отрицательный и трудно диагностируемый фактор, который не поддается мгновенному и сиюминутному пониманию. Значительным вкладом Burgess'a в семейную психотерапию явилось открытие в семье, «продуцирующей» лиц, страдающих шизофренией, противоречивого обмена «посланиями» между ее членами.

Идея получила дальнейшее развитие в гипотезе «двойной связи», предложенной группой Bateson'a (Bateson et al., 1956). Выражение «двойная связка» получило широкое распространение и стало использоваться психологами, психиатрами и психоаналитиками. По словам Sluzki и Veron (1976) двойная связка стала «полезным аналитическим инструментом во многих клинических ситуациях».

Большое значение при двойной связке имеет информация, которая не поддается регистрации на вербальном уровне. Парадоксальный эффект производит именно невербальная продукция членов семьи. Если не являться непосредственным свидетелем разыгрываемых коммуникативных сцен, можно не разобраться в том, что же действительно происходит в семье, поскольку невербальная экспрессия общающихся не соответствует вербальной. То, что на первый взгляд кажется правильным, при более глубоком рассмотрении оказывается ложным, позволительное оказывается строго запрещенным и пр.

Специалисты в области коммуникативной терапии считают, что дети, которые растут в таких шизофреногенных семьях, являются постоянными жертвами нездоровых отношений. Дисфункциональные внутрисемейные трансакции не имеют отчетливого, однозначного характера, не определяются четкими правилами, не находятся в их рамках, не строятся на том, что в обычных условиях можно назвать разделяемыми убеждениями, подчиняющимися законам здравого смысла.

Каждый из членов семьи, постоянно находясь в этой элюзивной и неискренней атмосфере, усваивает наличие скрытой информации, привыкает к обстановке, приспосабливаясь к такому коммуникативному стилю. При разговоре на эту тему могут придумываться рационализирующие объяснения, мистификации и фантазии.

Несмотря на то, что тайный смысл, который присутствует в отношениях, не вербализуется, не доставляет никому удовольствия, не соответствует правилам здравого смысла, он находится в рамках более или менее определенной приватной логики. Таким образом, члены шизофреногенной семьи живут в ситуации двойной связки, которая оказывает на них парадоксальное воздействие, при котором одна система взаимоотношений противоречит другой.

Например, один из родителей говорит ребенку, что он самостоятелен и поэтому может делать то, что хочет. Однако, как только ребенок начинает следовать его совету, это вызывает отрицательное отношение к нему, которое ощущается прямо или косвенно. «Ты должна больше заниматься», - говорит дочери мать. Но после длительного пребывания в библиотеке в адрес дочери со стороны матери следует упрек в том, что она не уделяет ей должного внимания. Иногда важен не только смысл произносимых фраз, но тон голоса, которым они произносятся.

Анализ детских воспоминаний лиц, страдающих шизофренией, позволяет выделить в анамнезе их семей факторы отчуждения, возникшие в результате нарушенных и спутанных способов коммуникации и проблем, связанных с дисфункциональными отношениями между родителями. В таких семьях, как правило, присутствуют

репрессивные, подавляющие ребенка методы воспитания, сочетающиеся с частыми наказаниями.

К сожалению, современные литературные данные, касающиеся этого вопроса, базируются только на феноменологическом подходе, описывающем виды нарушений у детей. Данные об отношении ребенка к среде, в которой он воспитывается, о типах возникающих у него при этом эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций практически отсутствуют.

Согласно концепции социального психоанализа, межличностные отношения детского периода предопределяют не только дальнейшее развитие личности ребенка, но и оказывают непосредственное влияние на развитие психических отклонений.

Несмотря на наличие в жизни любого человека целого ряда разнообразных возможностей реагирования и способов принятия решения, предпочтительные формы закладывается в раннем детстве. На ранних этапах становления личности возникает некая тотальная аперцепция, предопределение. Именно эти компоненты в значительной степени мешают человеку использовать для адаптации другие потенциально возможные варианты поведения.

Ответ на вопрос, какие люди на фоне генетической предрасположенности чаще заболевают шизофренией, достаточно сложен. Он содержит в себе положение о таком факторе, как марионеточное реагирование на средовые обстоятельства. Ребенок, который воспитывается в психологически амбивалентной и альтернирующей семейной атмосфере, вынужден каким-то образом приспосабливаться к ней. Он не использует потенциал возможностей, которые могли бы способствовать формированию положительного образа Я. Для того, чтобы «выжить» в условиях дисфункциональной семьи, ему проще использовать ролевые способы реагирования. Такой ребенок уже на ранних этапах своего развития выбирает непродуктивные когнитивные и поведенческие паттерны, ведущие к поражению и ущербу. Семья, в которой он воспитывается, практически лишает его усвоения продуктивных образцов поведения.

Стереотипы мышления, эмоций и поведения, присущие человеку в раннем возрасте, неосознанно репродуцируются в более поздних периодах жизни. Унаследованные из собственного детства тенденции предопределяют отношение к себе, к поведению других в отношении себя, к созданию своей картины мира. Возникает своеобразный замкнутый круг. Человек верифицирует свои взгляды, «извлекая» из позиции окружающих только то, что подтверждает присущую ему точку зрения, которую он считает правильной.

Например, он оценивает отношение к нему других людей как плохое. Между тем, это отношение может быть разным, и плохим, и хорошим, и безразличным, но он избирательно фиксирует свое внимание только на отрицательном отношении, концентрируясь на тех людях, которые относятся к нему плохо.

Эта позиция в последствии генерализуется. Те, кто относится к нему не плохо, а, например, нейтрально, попадают в ту же категорию, потому, что в их поведении улавливается только отрицательный радикал. С теми, кто демонстрирует хорошее отношение, устанавливаются положительные контакты, но при одном лишь намеке на недовольство, обиду, гнев и пр., под влиянием генерализации эта категория людей тут же воспринимается как проявляющая плохое отношение. *Так происходит развитие личности ребенка, который вступает на шизофренический путь.*

Для профилактики и блокировки подобных тенденций этот маршрут нужно распознать как можно быстрее, желательно в самом раннем возрасте. Sullivan'у принадлежит высказывание: «То, чем мы являемся сегодня, зависит от решений, которые мы приняли вчера, а то, какими мы будем завтра, зависит от решений и убеждений, свойственных нам сегодня».

Примером, подтверждающим данное утверждение, служат результаты наблюдений за жизнью однояйцевых близнецов, один из которых заболевает

шизофренией. Если второй близнец воспитывается в другой обстановке, он «выпадает» из структуры патологических отношений и болезнь развивается реже. В связи с этим, одной из задач психотерапии является необходимость воссоздать, реконструировать возможно более ранние образцы поведения, которые были усвоены ребенком в детстве, распознать его реакции на жизненные ситуации, вывести их на уровень осознания, показать, как именно эти прошлые образцы влияют на неправильное генерализованное отношение к частным проблемам сегодняшнего дня.

Ретроспективный анализ жизни пациентов с шизофреническими проблемами достаточно труден, но, при успешном его проведении удается выделить определенные **модели поведения, которые в последствии предрасполагают к развитию шизофренического процесса:**

1.Синдром «Я –особенный ребенок» возникает как результат родительского поведения и/или особой психологической атмосферы в семье, под влиянием которой ребенок воспринимает себя либо очень хорошим, либо очень плохим. Важно то, что в общении с окружающими ребенок ощущает себя не таким, как другие. Осознание такого отличия может способствовать как формированию чувства собственного достоинства, так и ощущения изолированности.

Sullivan описывает клинический случай афроамериканской девочки, дочери протестантского священника, которая хорошо училась в школе, к ней прекрасно относились и дети и учителя, которые расхваливали ее, называя маленьким черным ангелом. Несмотря на это, отношение к девочке со стороны ее матери и младшей сестры было скверным. Они считали ее зловредным ребенком, способным на плохие поступки, и тщательно скрывающим эту особенность своей личности. Мать находила особое удовольствие в том, что часто высмеивала ее, ставила в унизительное положение, и демонстрировала это перед отцом.

Девочка не принимала в расчет негативное отношение к себе со стороны младшей сестры, но она не могла не обращать внимания на отношение к ней матери. Ее не покидало чувство неуверенности, она не могла определить, кто же она на самом деле? Она чувствовала себя отличающейся от других, в связи с тем, что ей уделялось такое большое внимание в школе, но ее не мог не беспокоить отрицательный характер отношений с матерью. Она не могла понять, является ли она хорошей или плохой.

Концентрация на ней внимания окружающих позволяла ей чувствовать себя особым ребенком. Она ощущала непонимание со стороны других детей. Ей нравилось, что взрослые хвалят ее. Их восхищение было для нее значительно более важным, чем отношение к ней со стороны сверстников, которое она отождествляла с отношением младшей сестры. Очень рано у нее сформировалось стремление изолироваться от сверстников, так как они тоже не стремились устанавливать с ней близкие контакты.

Достигнув подросткового возраста, получила возможность жить самостоятельно, что очень обрадовало ее. Не имея желания близко контактировать с окружающими, развила в себе способность жить в виртуальном мире фантазий, фабулой которых являлось воображение себя в различных эмоционально насыщенных ситуациях. Зачастую участниками воображаемых сцен становились мужчины, которые «осыпали» ее комплиментами и уделяли ей большое внимание.

Успешно окончив университет, она стала работать учительницей в школе, ученики и преподаватели которой так же высоко оценивали ее достоинства. Тем не менее, наибольшее удовольствие ей доставляло одиночество. Оставаясь наедине с собой, девушка продолжала придумывать различные фантастические истории, участницей которых она являлась.

Пациентка была госпитализирована по поводу развившегося у нее психотического состояния с галлюцинаторными бредовыми переживаниями. Через короткий промежуток времени она была выписана и могла продолжать работу.

Приведенный пример поясняет механизм развития и течения синдрома особенного ребенка, который является предрасполагающим фактором к развитию шизофренического процесса.

2.Синдром «диктаторского ребенка».

Существует особый тип детей, которому еще в раннем возрасте удается запугать родителей и, особенно мать, своим необычным поведением и интенсивными эмоциональными взрывами. Матери при этом капитулируют, идут на поводу, а дети при этом добиваются того, чего хотят. Анамнез показывает, что матери таких детей выбирали себе в мужья мужчин, от которых сильно зависели. В свою очередь, отцы, проявляющие доминирующие, диктаторские замашки, предпочитали подчиняемых жен, не спорящих с ними и не высказывающих своих точек зрения. Такие жены оценивались мужьями как «идеальные».

Ребенок, воспитывающийся в такой семье, уже на ранних этапах своего развития эмпатически обучается подражать отцу. В последствии таким детям бывает очень трудно налаживать отношения со сверстниками из-за доминирующего желания сражаться за власть. За нее они борются и дома с матерью. Если у такого ребенка нет достаточной гарантии в том, что он обязательно добьется своего, он не будет кооперироваться с другими детьми, и не станет участвовать во многих социальных активностях. В дальнейшем у таких детей легко развиваются различные невротические симптомы, с помощью которых они оправдывают уход от решения социальных проблем, которые требуют сотрудничества с окружающими. Если на их пути будет встречаться большое количество неприятных ситуаций и требований, они могут выбрать необычную вычурную стратегию ухода от проблемы, вплоть до отрицания ее. Эта стратегия может проявляться в виде психотического состояния.

Binswanger (1963) описывал пациентку по имени Lola Voss. Будучи девочкой, она постоянно запугивала родителей эксцентричным, вычурным поведением. В результате она выросла в обстановке, лишенной всякой ответственности, и не научилась отличать то, что можно, от того, что нельзя. Безответственное отношение пронизывало всю ее жизнь. Врачи не могли ей помочь, поскольку не знали, как далеко она может зайти в использовании вычурного поведения для достижения поставленных целей.

3.Синдром «Я-«недостаточный» ребенок.

Речь идет о детях, которые часто реагируют на поставленную перед ними задачу отказом и апатией. Естественно, что такое поведение не соответствует требованиям и ожиданиям родителей. Поведенческая стратегия таких детей заключается в стремлении таким способом защитить и уберечь себя от дальнейших требований. Поступая так, они как бы говорят: «Я не сделал того, что вы от меня хотели, и не надейтесь, что я сделаю еще что-нибудь».

Демонстрируя псевдоактивность, они пытаются создать впечатление наличия у них стремления что-либо сделать, но в реальности они проявляют лишь беспомощность и несовершенство. Целью такого поведения является желание заставить других снизить уровень и количество предъявляемых к ним требований путем экспозиции собственной неспособности и несостоятельности. Это приводит к формированию неадекватных стратегий поведения, приводящих к ситуациям отказа и невозможности успеха. При этом они начинают канителиться, тянуть время, откладывать то, что нужно сделать, на потом, и так до бесконечности. Могут становиться мрачными, раздражительными, неубедительно аргументировать свое поведение, ссылаясь на ряд якобы объективных причин, совершать массу ошибок, делать вид, что они об этом забыли и пр. Общий стиль поведения соответствует пассивно-агрессивному типу.

В результате происходит объективное снижение активности, регрессивный «откат назад» с возвращением на более ранний уровень развития, уход в мир с узким и ограниченным спектром интересов. Клинически это выглядит как исключенная из диагностической классификации DSM-IV простая форма шизофрении. Анализ показывает

наличие определенных психологических механизмов, лежащих в основе такого поведения.

Иллюстрацией этого (Shulman, 1980) служит 35-летний мужчина, который оканчивает институт, получает юридическое образование, но при этом нигде не работает. Анализ показывает, что его устраивает только пассивное усвоение знаний, поскольку самостоятельная работа требует необходимости принимать решения. Попытки окружения решить проблему его трудоустройства ни к чему не приводят, так как буквально через несколько дней после выхода на работу, он покидает ее. После того, как старший брат начинает настаивать на его трудоустройстве и пытается реализовать связанные с этим планы, у пациента появляются психотические эпизоды неправильного поведения. Он чувствует себя психологически комфортно только тогда, когда находится дома и помогает матери вести хозяйство. Стремление родственников расширить круг его домашних обязанностей приводит к полному прекращению активности с его стороны. В момент госпитализации пациенту ставится диагноз простой формы шизофрении.

4.Синдром «Я ребенок, который должен выполнять желания других людей и соответствовать их ожиданиям».

Will (1958) пытался исследовать причины страха пациентов, больных шизофренией, связанного с тем, что специалисты будут эксплуатировать их в целях удовлетворения собственных потребностей. Анализ показал, что в жизни таких людей уже был отрицательный опыт, заключающийся в стремлении окружающих эксплуатировать и манипулировать ими. Отсюда происходит страх ущерба, который им могут нанести те, с кем приходится общаться.

Когда в процессе психоанализа специалисту удается «вытащить» из бессознательного этот комплекс, пациенты отмечают, что, будучи детьми, они чувствовали себя обязанными заполнить собой психологическое одиночество, связанное с отсутствием родителей и, чаще всего, матери.

Встречаются пациенты, вспоминающие об ощущении обязанности нейтрализовать своим присутствием неудачные отношения между родителями или как-то улучшить их. Они считали себя виновниками таких отношений и стремились то хотя бы переключить внимание родителей на отношения с ними.

В одном из вариантов пациенты отмечали ощущение необходимости создавать или усиливать социальный престиж родителей. Некоторые из них вспоминали, что в детстве они чувствовали себя опорой для родителей, без которой один из родителей ощущал себя полностью потерянным. Таким образом, дети возлагали на себя ответственность за создание препятствия возможной потере идентичности родителями или за усиление ее. Некоторые участники психоаналитических сессий отмечали, что они должны были соответствовать символическому значению, которым их наделяли родители.

Реконструкция поведения родителей по отношению к детям показала, что они на бессознательном уровне рассматривали детей как плохую часть самих себя. Требования, которые они предъявляли к детям, и репрессии по отношению к ним являлись символической заменой «удара» по несовершенной части их личности.

Иногда родители вымещали на детях комплексы власти, относясь к ним как к порабощенным объектам, марионеткам, с которыми можно обращаться как угодно. Такие переживания и комплексы приводили к тому, что, становясь взрослыми, дети оказывались не в состоянии устанавливать полноценные межличностные отношения. Их отличала крайняя степень неуверенности в себе с ощущением, что все, что они делают, может иметь отрицательное значение и каким-то образом повредить другим. Нередко они считали себя виновными в чем-то, четко неидентифицируемом.

Комплекс вины, сформированный в детстве, в дальнейшем может усиливаться и приводить к развитию состояний, которые выходят за рамки обычной психологической угнетенности и провоцируют развитие психотических состояний. Иногда эти лица

испытывают комплекс вины по отношению к уже умершим родителям, что продуцирует психотические, гротескные реакции.

Жизненные стратегии таких людей в реальном мире обречены на поражение. Если они не выполняют того, что от них требуют, их реакции приобретают неадекватный характер и могут проявляться, например, в неожиданных попытках покончить с собой. В таких случаях может диагностироваться шизофрения в связи с неадекватностью и импульсивностью поведения. На самом деле, неадекватное поведение подростка, не выполняющего, например, требований родителей хорошо учиться, связано с тем, что для него плохая академическая успеваемость имеет чрезвычайно большое негативное значение. Сверхценное и абсолютно иррациональное отношение к неудачам в школе соответствует его внутреннему миру и ассоциируется с мыслью, что если она/он не выполнили Требований, значит, он/она плохой сын/дочь, которые наносят тяжелую психическую травму родителям.

Жизненные стереотипы, сформированные в раннем детстве, оказывают большое влияние на формирование телеологической цели, определяющей стиль жизни. *Телеологическая цель* может полностью не осознаваться, но, несмотря на это, человек на протяжении всей жизни идет по пути ее достижения. Анализ характера поведения человека в течение более или менее короткого промежутка времени на предмет установления этой цели чаще всего не дает положительных результатов. Путь к ее достижению может быть сложным и витиеватым. Тем не менее, заложенная в детстве модель определяет не только цель, но и преимущественный стиль жизни, тип поведения. Только лонгитюдный анализ активностей позволит определить, какой моделью поведения руководствуется человек. Модель может быть болезненной. Если не предпринять своевременных мер по устранению этого паттерна, это приведет к его дальнейшему развитию с последующей деструкцией.

Пациенты, страдающие шизофренией, ставят перед собой неадекватные, завышенные и недостижимые в реальном мире цели. Поскольку заявленной цели человек достигнуть не может, он создает для себя внутренний мир, в котором возможно все, что находит отражение в «мышлении по желанию». Такая форма мышления и поведения помогает в уходе от реальности. В процессе достижения этой цели игнорируются ценности, принятые культурой, традициями и пр.

Таким образом, человеку, который впоследствии заболеет шизофренией, свойственны разнообразные ошибочные суждения и умозаключения в отношении себя, являющиеся результатом неправильного обучения и своеобразного психологического семейного тренинга. К этим **ошибочным заключениям** Sullivan относит следующие:

1.Для меня нет места на этой земле. Мир враждебен по отношению ко мне, все настроены на то, чтобы меня осуждать и дискриминировать. Я не адекватен, не соответствую этому миру. Подобная точка зрения выявлена у пациентов большинством исследователей (Adler, Binswanger, Sullivan и др.)

2. Я должен приобрести особый статус, суперпозицию или добиться такого положения, при котором никто не сможет меня критиковать, тогда я смогу делать все, что захочу, и при этом быть всегда довольным собой. Такая позиция позволит мне скрывать от окружающих свои слабости и недостатки и получать удовольствие от жизни.

В результате постановки неадекватной задачи формируется цель стать необычным, особым, быть выше всего, в особом положении, уподобиться Богу. Тогда, с точки зрения такого человека, ему никто и ничто не сможет ни навредить, ни унизить его. «Не надо обращать ни на что внимания, - считает он, - все, что происходит с другими людьми и даже с моими близкими, не имеет значения. Я нахожусь в другой плоскости, альтернативы которой нет».

3.Цель носит ригидный, догматический, застывший характер, изменить который очень трудно. Пациенты живут по принципу «все или ничего». Они требуют от себя безальтернативного выполнения поставленной задачи. Каждое мнимое, воображаемое или

истинное поражение, каждая неудача воспринимается ими как величайшая угроза, разрушающая выстроенную систему, направленную на преодоление чувства собственной неполноценности. (Shulman). Любое поражение разрушает психическую реальность перфекциониста с появлением мыслей о том, что в случае неудачи жизнь не имеет смысла.

4. Избирательная сверхчувствительность, которая напоминает признак «дерева и стекла». Больные шизофренией, не реагируя на значительные события, вдруг проявляют бурную эмоциональную реакцию на какой-то незначительный раздражитель.

5.Нарушение связей с социальным миром происходит из-за невозможности альянса между отсутствием желания соответствовать требованиям этого мира и стремлением человека сохранить свою грандиозность. Если при нарциссизме человек поддерживает межличностные контакты и добивается выполнения поставленных задач, то лица, страдающие шизофренией, не ставят перед собой таких задач. Их цели существуют только в воображении, а контакты с окружающими ничего, кроме угрозы структуре их грандиозности, с их точки зрения, принести не могут.

Уделяющий пристальное внимание этой проблеме Shulman приводит в качестве примера случай со студентом – теологом, который поставил себя вне рамок существующих религиозных конфессий, не ограничиваясь никакими догмами. Его «тщеславие» заключалось в том, что, изучив религии всего мира, он счел себя создателем собственной религии, являющейся, по его мнению, лучшей из всех известных ему. Детальные обсуждения со специалистом конкретных нюансов его творения были для него невыносимы, так как ставили его в тупик, что способствовало созданию у окружающих впечатления общения с недостаточно компетентным человеком.

Анализируя подобные случаи, Shulman обращает внимание на постоянные *«тренировки» больных шизофренией с целью достигнуть отличия от окружающих.* Им необходимо быть другими, не такими, как все, поскольку, в противном случае, структура их грандиозности окажется разрушенной.

6. Если пациент осознает невозможность добиться выполнения жизненной цели использованием общепринятых норм поведения, *у него развивается кризис* (Dreikurs, 1967). Осознавая невозможность позволить себе исходить из концепции *социабельности и здравого смысла,* он принимает решение покинуть границы реального социального мира. К кризису могут привести неудачи в школе, в профессиональной деятельности, в личной жизни, результатом которых может стать *психотический срыв.* Такой человек рассуждает примерно так: «У меня все равно ничего не получится, но можно найти выход, если перестать придерживаться общепринятых норм поведения, прекратить разыгрывать лживые ролевые игры и освободить себя от необходимости функционировать подобно другим». Происходящий при этом уход назад, - уход от приобретенного социального ролевого Self'а к первичному ego – состоянию, квалифицируется как *регрессия.* Уход в сферу, близкую к бессознательному, изменяет восприятие мира и себя за счет потери или нарушения рационального мышления и выхода в мир аутистических переживаний. Однажды выйдя за границы здравого смысла, пациент начинает развивать приватную логику, напоминающую мышление по желанию.

Находясь в своем внутреннем мире, эти лица поражают окружающих холодностью, безучастностью и безразличием. Психиатры обращают внимание на невозможность контакта с ними и их понимания, так как пациент не только находится в другой «плоскости», но и не стремится к выходу из нее. Для него установление понимания может быть опасным, поэтому к достижению понимания ему необходимо подготовиться. Он устраняется даже от обычных вещей, которые могут восприниматься им как угрожающие. Вместе с тем, пациенты могут проявлять повышенную чувствительность к тому, от чего они еще не успели защитить себя. Анализ «слабых мест» пациента, которые вызывают в нем эмоциональные реакции возбуждения, ярости, угнетения, низкую толерантность к

фрустрациям и пр., может обнаружить причины, не позволяющие считать поведение неадекватным.

Обсуждать с пациентом беспокоящие его проблемы следует «на одном с ним языке». Лица, которые заболевают шизофренией, проводят постоянный «аутотренинг», направленный на развитие и подтверждение своего отличия от окружающих. Если они будут такими, как все, система их умозаключений потеряет всякий смысл, и они не достигнут поставленной цели.

Поскольку такие пациенты покидают границы социального мира, анализ их поступков с точки зрения здравого смысла и общепринятых норм невозможен. Возможно, они чувствует себя в каком-то смысле более свободными, освобождаясь от необходимости функционировать подобно другим и соблюдать социальные конвенции.

Lidz обращает внимание на то, что иногда способом ухода от реальной жизненной ситуации является возвращение в период детства. В этом случае пациент выглядит инфантильным, от него нельзя ничего потребовать, он создает для себя искусственное жизненное пространство, в котором живет.

Возврат пациента в детский период может оказаться не только психологическим, но и биологическим. Подтверждением этого служат особые кататонические состояния, протекающие с повышенной температурой. Большинство случаев заканчивается смертельным исходом.

В процессе регресса в организме пациента происходят такие психосоматические изменения, во время которых биологические часы идут в обратном направлении с большой скоростью. Процесс сопровождается распадом тканей и возможностью погибнуть в течение нескольких дней или недель. Если же такого человека удается спасти с помощью современных реанимационных мероприятий, на выходе из этого состояния он продуцирует психологические реакции на уровне ребенка первых лет жизни.

В процессе ухода от реальности, многие пациенты «частично» отказываются от чего-то и что-то приемлют. Пораженными оказываются лишь некоторые аспекты социальности, что позволяет пациентам относительно «нормально» функционировать, несмотря на их самоизоляцию от многих сторон жизни. Примером могут служить больные шизофренией математики, прекрасно работающие в своей профессиональной нише, но при этом отгородившие себя от целых блоков социальной жизни, которые, с их точки зрения, не имеют к ним никакого отношения (от семейных обязанностей, от необходимости кому-то сочувствовать, проявлять какие-то эмоции и пр.) и которых они не замечают. При этом они не позволяют себе уйти в представляющие для них опасность аспекты социальности. В некоторых случаях без интенсивного психофармакологического вмешательства пациенты функционируют лучше, так как назначаемые нейролептики блокируют связь с бессознательной сферой, подавляя творческие функции.

Известно, что если человек ставит перед собой определенную цель и не достигает ее, он либо отказывается от нее, либо снижает уровень притязаний. Пациент, страдающий шизофренией, зачастую действует наоборот, повышая уровень воздвигнутой перед собой планки. Речь в данном случае идет не о перфекционизме, а о постановке нереальной цели. Поэтому работа с такими пациентами требует распознавания скрытой индивидуальной цели, которая может существенным образом отличаться от той, которая лежит на поверхности.

Для лиц, страдающих шизофренией, характерна *приватная, индивидуальная логика,* свойствами которой являются разрыв с реальностью и направленность на Я. В ней много символики, необычных умозаключений, позволяющих жить в ирреальном мире фикций и фантазий. Например, пациент может представить себе, что поставленная им цель уже достигнута, или будет достигнута в ближайшее время. Для решения приватных задач в рамках определенной цели происходит погружение в аутистические переживания с формами поведения, которые окружающими воспринимаются как неадекватные, лишенные смысла. При этом пациенты могут отказываться от пищи, перестать

разговаривать и пр. Психиатры, как правило, квалифицируют это как признак негативизма, как кататонические симптомы, не анализируя психологического смысла происходящего.

В то же время в некоторых случаях удается раскрыть глубинный психологический смысл неадекватного поведения. Он может заключаться в стремлении символически доказать себе возможность преодоления внешних ограничений, связанных с социальными требованиями, системой культуральных норм, принятостей и др.

Пациенту совершенно безразлично, что думают о нем другие и поэтому его поведение не демонстративно, имеют значение только внутренние механизмы.

Например, студент теолог, о котором шла речь выше, в течение нескольких дней не ел, не пил и не спал, чтобы доказать самому себе свою состоятельность. Такого рода поступки могут стимулировать бессознательную сферу психической деятельности и, тем самым, углубляют эти состояния.

В описываемых формах активности есть и положительное начало. Так, например, молодые люди некоторых индейских племен Канады и США лишают себя сна и пищи на несколько дней, и совершают различные ритуалы для того, чтобы лучше познать себя. При этом у них иногда развиваются галлюцинаторные переживания, которые способствуют появлению «внутреннего зрения».

Лица, страдающие шизофренией, следуют этим же маршрутом. Но, если «здоровый» человек контролирует себя и при желании может вернуться в «сознательное» состояние, то человек, страдающий шизофренией, погружаясь в бессознательное, не может самостоятельно выйти из него. «Нырнуть и вынырнуть» из бессознательного при наличии болезненного процесса оказывается невозможным. Происходит дезинтеграция психических процессов. У студента теолога сначала возникло состояние спутанности, а уже потом патологическая интеграция с бредовыми идеями и ощущением себя вторым Христом.

Описанные явления несколько напоминают состояние, которое наблюдается у человека после бессонных ночей. Информация, поступающая через визуальный и аудиальный каналы человека с депривацией сна воспринимается им отрывочно; возникает масса аутистических ассоциаций.

Возникает такой признак, как *«нарушение иерархии значимостей»,* под которым понимается придание большого значения казалось бы маловажным событиям и явлениям. Незначимые, с точки зрения других людей, события для пациента оказываются крайне значимыми.

Поскольку приватная логика не вписывается в реальность, пациенты не стремятся ее демонстрировать и рассказывать о ней. В качестве психологической защиты используется выстроенный ими своеобразный внутренний мир, в котором присутствуют частная логика, мышление по желанию, иррациональные рассуждения и разнообразные фантазии. Внешними проявлениями такого функционирования являются формальность контакта, сухие, короткие, лаконичные ответы, отсутствие эмоционального участия, сопереживания, эмпатии и отстраненность. Возможными ответными реакциями на попытку активно вмешаться во внутренний мир могут быть грубость, отбрасывание или использование психотической реакции в виде совершения нелепых поступков.

В рамках аутистических переживаний пациенты могут *конструировать свой микрокосмос,* своеобразную систему, в которой нет места другим людям. Это не обычная интровертированность, а тенденция к полной утрате социальных контактов. Пациенты интересны только сами себе. Окружающие не просто «вычеркиваются из списка» тех, кто заслуживает хоть какого-то внимания, они не воспринимаются как люди, поэтому с их точкой зрения можно не считаться; можно вести себя как угодно, поскольку оценка других не имеет никакого значения. Отсюда цинизм и грубость, нарушение общепринятых норм и правил поведения. Действия реализуются по механизму немедленного выполнения своих бессознательных желаний. Контроль ego и superego

полностью исчезает, приоритетным являются идущие из бессознательного импульсы, которые сразу же реализуется, несмотря на внешние обстоятельства.

Для того, чтобы окружающий мир не выступал в качестве помехи для реализации поставленной цели, пациенты стараются изолировать себя от окружающих. Чем в более тесной эмоциональной связи находился с пациентом человек, тем к более опасной категории лиц он причисляется. Поэтому более близкие люди воспринимаются страдающими шизофренией «хуже», чем далекие. Отсюда нарушение контактов и, прежде всего, с родственниками. Принятого в психиатрии определения «неадекватность_эмоций» здесь недостаточно. На самом деле это выражение того, что близкие люди представляют наибольшую угрозу психологической безопасности пациентов (Ferreira, 1960).

Одним из способов полного ухода от коммуникации является состояние *обездвиженности и мутизма.* Paterson (1958) считает, что такое странное и агрессивное поведение пациентов, во время которого они сердито говорят, что-то бормочут, жестикулируют и угрожают, является отражением защиты от людей. За этим скрывается предупреждение окружающим: «Я опасен для вас, вы не должны ко мне приближаться», что делает пациента психологически социально иммунным.

Процесс изоляции от реального мира может происходить постепенно, чем медленнее, тем менее заметно для окружающих. Человек начинает принимать все меньшее участие в жизни. Перестает ходить в гости к друзьям и приглашать их к себе. Со временем интерес к нему со стороны окружающих как к партнеру по общению гаснет. Он делается все менее социально интересным. Находясь в компании знакомых, близких и приятных ему ранее людей, он уже не проявляет себя так, как раньше, не берет инициативу на себя, не веселится, не шутит, а производит впечатление отсутствующего, апатичного или уставшего.

Наступает утрата интереса ко многим видам активности, занимавшим его ранее. Пациенты иногда проявляют интерес к занятию абстрактными вещами. Иногда их внимание сосредотачивается на какой-то одной сфере жизни с ущербом для всех остальных областей.

Поскольку любое переживание сопряжено с непосредственным участием в социальной жизни, пациент бессознательно отстраняется от ситуаций, провоцирующих эмоциональную вовлеченность. Этот феномен часто квалифицируется как признак эмоционального снижения. Способность переживать сохраняется, но происходит отказ от эмоционального «метода общения» с окружающим миром. Эмоции направляются на абстрактные вещи и обслуживают внутренние, аутистические переживания. Случайное соприкосновение с этими переживаниями вызывает живую эмоциональную реакцию.

Специалисты, обладающие развитой эмпатией, могут устанавливать хорошие контакты с такими пациентами и отмечают у них скрытую от других способность к эмоциональным переживаниям. По отношению к такому специалисту неэмоциональный, циничный и грубый в общении с близкими людьми пациент проявляет тонкие эмоциональные реакции.

Известный польский психиатр Kepinski (1972) в посвящении к его монографии "Шизофрения» писал: «Тем, которые больше чувствуют и иначе понимают и поэтому больше страдают, и которых мы часто называем шизофрениками».

Одним из авторов, который приобрел известность как исследователь в области психоанализа шизофрении, является Laing. Особую популярность приобрели такие его работы, как «Разделенный Self» (1965) и «Self и другие» (1961).

Автор не придерживается общепризнанных классификаций психических заболеваний, которые приняты в психиатрии. Он считает, что они не могут иметь сколько-нибудь серьезного значения, поскольку своеобразие каждого человека не соответствует классификационным критериям. С точки зрения автора, то, что принято называть шизофренией, представляет собой способ выхода пациента из ситуации, справиться с которой путем использования других средств не представляется возможным. Так

выбирается единственный, продуктивный и альтернативный способ решения проблемы из всех доступных человеку. Laing писал: …«без исключения переживание и поведение, которые получают ярлык шизофренических, являются специальной стратегией, которая применяется субъектом для того, чтобы жить в непригодной для жизни ситуации». «Это попытка выживания в безумном мире, называемом «нормальным» (Hillman, 1976).

Причины заболевания Laing видит в социальных факторах. Он считает, что генетическая предрасположенность - это предрасположенность человека к способности специфически реагировать на определенные социальные условия.

Социальные ожидания окружающих в отношении желаемых способов поведения человека, социальные условия и общепринятые нормы приводят к тому, что индивидуум, желая установить межличностный контакт, вынужден надевать на себя маску, соответствующую определенной, разыгрываемой им роли. Так создается фальшивое Я.

«Здоровый» человек при этом в какой-то степени осознает, какую маску он надевает на себя, и какие маски надевают другие. Понимание того, что окружающие ведут себя в большей или меньшей степени неискренне в зависимости от требований ситуации и их социального статуса, присутствует. В большинстве случаев социальные нормы носят «интернализированный», принятый для данного общества характер, что принимается как само собой разумеющееся и соответствующее здравому смыслу. Поэтому эти социальные нормы становятся интегральной частью личности.

Тем не менее, для некоторых людей необходимость выступать в роли фальшивого Я оказывается чрезвычайно болезненной, в связи с наличием слишком большого контраста между первичным, истинным, настоящим Я и фальшивым, ложным, социальным Я. Это затрудняет реализацию индивидуальных «настоящих» потребностей и импульсов из-за опасения перед возможной социальной реакцией.

По мнению Laing, лица, предрасположенные к шизофрении, мало способны к созданию ложного Я. И даже в случае успешности этих попыток, их фальшивое Я неустойчиво, не прививается, не становится по-настоящему частью личности и поэтому быстро отторгается.

Необходимость наличия ложного Я очевидна. Это – крепость, которая защищает индивидуума от нападений извне. В противном случае человек оказывается не в состоянии выходить из сложных социальных ситуаций. Причина его страданий заключается в том, что в раннем детстве его не научили «техникам» создания фальшивого Я. Какие-то формы существования Я эти люди, конечно же, создавали, но они оказывались неадекватными, в связи с присутствующем в общении механизмом двойной связки.

Именно в этом видит Laing, присущие таким пациентам, с одной стороны, неуверенность и болезненное восприятие действительности, а, с другой, - попытки сконструировать Я, принимающее форму весьма нестабильного образования. Четкой социальной модели, которая подходила бы для такого человека, создать не удается.

Помимо чувства вины, ребенку, растущему в такой обстановке, присуще чувство страха, которое мешает включению персоны-маски в состав Я. Отсюда невозможность функционирования в обществе и ощущение даже в случае соответствия социальным нормам и ожиданиям трудно переносимого чувства пребывания в тюрьме.

Отражением происходящего, согласно Laing, является *расщепление,* которое возникает между настоящим и ложным Я. Психологический смысл термина «шизофрения» становится лучше понятным на модели расщепления между ложным и настоящим Я.

Стремление человека реализовать свое правдивое Я привычным для него способом не может осуществиться, так как это выведет его на путь противоречий с социальными требованиями, результатом которых будут обструкции, критика, наказание и преследование. На сознательно-бессознательном уровне он понимает, что для того, чтобы реализовать свое настоящее Я социально акцептированным способом, нужно поставить

себя в особую позицию, создать ситуацию, оценивая которую очевидец воскликнет: «Что можно ожидать от больного человека?».

Laing считает, что бегством в безумие пациент старается защитить себя от неуверенности, связанной с переживанием страха потери себя в поглотившей его социальной среде, так как введение в структуру истинного Я ложного Я приведет к *деперсонализации.*

Деперсонализация трактуется как признак болезни, обусловленный ощущением лишения себя настоящего, собственного Я, в связи с необходимостью разыгрывать лживые социальные роли. Страх социальных контактов обусловлен боязнью потери идентичности, собственной независимости и автономии, что находит свое выражение в разнообразных психотических переживаниях. Пациент, например, может видеть себя потопляемым, сжигаемым, заключенным в тюрьму, помещенным в закрытое помещение, выбраться из которого невозможно и т.д.

Пациентом предпринимаются всевозможные попытки с целью защитить себя, и способ, который он выбирает, включает изоляцию от людей. Одной изоляции явно недостаточно для избавления от страха, или его редукции. Изоляция является источником болезненного опыта, поскольку, дистанцируясь от окружающих, человек вынужден обрекать себя на болезненно переживаемое одиночество. Присутствующая амбивалентность проявляется, с одной стороны, в стремлении к одиночеству, с другой, - в невозможности найти для себя путь безопасного, не угрожающего собственной автономии способа приблизиться к людям, поскольку установление контакта связано с опасностью. Имеющее место несоответствие выражается в страхе перед контактом с реальностью, проявляющемся в категориях преследования и воспринимающемся как угроза индивидуальному существованию. И какое бы внешне благоприятное и спокойное впечатление ни производила окружающая действительность, пациент воспринимает ее как вершину айсберга, подводная часть которого представляется ему в виде скрытой угрозы и опасности.

Когда аутистические переживания себя исчерпывают, возникает ощущение пустоты и скуки, заполнить которую нечем, поскольку контакт с реальностью пугает, предлагает альтернативу, которая воспринимается не иначе, как кошмар.

Заполнить пустоту можно лишь чем-то неподходящим и опасным для пациента, что порождает ощущение поглощенности чем-то чужым. *Страх быть поглощенным* проявляется в таких клинических признаках шизофрении, как ощущение овладения. Пациенты чувствуют, что их действиями, мыслями и чувствами кто-то руководит. Они часто жалуются на то, что ощущают себя роботами, «функционирующими» под действием команд чуждых им сил. Эти признаки оцениваются как потеря собственного Я.

Анализ деперсонализации показывает наличие страха перед возможной магической трансформацией в неодушевленный предмет. В основе симптома овладения лежит страх трансформации с потерей Я и выходом за пределы собственной души и превращением в мертвый, неодушевленный предмет (камень, робот, автомат и т.д).

Невозможность достигнуть цели, оставаясь в границах социальной приемлемости, может сопровождаться таким признаком как *патологическая грандиозность*. Уровень притязаний пациентов становится гораздо выше свойственного «нормальным» людям. В случае поражения и неуспеха, этот уровень не только не снижается, а, наоборот, повышается. Клинически это выражается в том, что бредовые идеи приобретают все более нелепый характер, являясь отражением воображаемых мыслей о высоком уровне собственной компетентности.

Постепенно внимание пациента концентрируется только на своей абстрактной цели, которая является единственным, привлекательным для него объектом. Жизненная цель таких людей носит застывший, догматический, консервативный и ригидный характер. Бескомпромиссное стремление к ее достижению переводит всех остальных - близких людей, родственников и окружающих - в разряд ненужного балласта.

Несоциальность такой приватной логики очевидна. Она носит крайне индивидуалистический характер и имеет отношение только к Я пациента.

Механизм возникновения приватной логики можно сравнить с состоянием человека после, например, одной или двух бессонных ночей. Депривация сном приводит к нарушению логического мышления, к вторжению в сознание различных представлений, воображаемых картин, внезапно возникающих отрывков мыслей. Нечто подобное наблюдается и при приватной логике. Анализ показывает, что у людей, предрасположенных к развитию шизофренического процесса, эти состояния возникают часто и при этом плохо корригируются. Ребенок самопроизвольно входит в эти состояния, не дифференцируя их в полной мере, от событий, происходящих в действительности. Может нарушаться способность к различению реальности от сновидений.

Несмотря на достаточное количество времени, прошедшее после сновидения, его содержания продолжают производить настолько сильное и яркое впечатление, что появляется убеждение в том, что это происходит на самом деле.

Возможно вплетение в ткань переживаний какой-нибудь сказочной идеи. Так, например, одна из пациенток рассказывала, что в детстве ей представлялось, как ее бабушка в вечернее время превращается в ведьму, которая может превратить ее во что угодно.

Подобные сюжеты перекликаются с содержанием сказок, легенд и мифов, сомнения могут при этом сменяться убежденностью в реальности происходящего. Дальнейшее развитие процесса способствует появлению состояний, при которых кто-то воспринимается как носитель отрицательной силы, зловещее воздействие которой пациент ощущает на себе, что становится основанием развития идеи преследования с содержаниями особого смысла, значения и др.

Прогрессирующее дистанцирование от социальной жизни, целью которого является интуитивная превенция поражений и возможность сохранить свою систему ценностей, в конце концов, приводит к катастрофе.

Shulman говорит об этом так: «Вначале человек как бы играет роль ненормального, психотического пациента, но, с течением времени, игра прекращает быть игрой и ее суть становится внутренней системой ценностно-потребностно-мотивационной сферы личности, входя в нее так же, как ложное Я «нормального» человека входит в состав его истинного Я. Человек начинает органически функционировать, играя определенную роль, и при этом чувствует себя более или менее хорошо и свободно».

Пациент сталкивается с аналогичной ситуацией. Сначала он играет роль сумасшедшего для того, чтобы дистанцироваться от действительности, но постепенно эта роль становится неотъемлемой частью его личности и так тесно интегрируется с его Я, что какая бы то ни было сепарация от нее становится невозможной.

По мнению Sher (1962), пациент, страдающий шизофренией, постепенно переходит в состояние, когда он начинает полностью верить в свои фантастические картины и не дифференцирует их от реальности. Перейдя социальные границы, он формирует свою собственную систему убеждений, которая становится его способом жизни.

Лица такого рода бессознательно стремятся вооружиться *механизмом подтверждения.* Они одержимы желанием получить какое-либо подтверждение тому, что они находятся на правильном пути хотя бы в чем-то. Пациенты, высказывающие идеи преследования, часто специально провоцируют окружающих на плохое к себе отношение, желая услышать отрицательные высказывания в свой адрес. Реакция врача на агрессию чрезвычайно важна для пациента, так как отрицательное к нему отношение со стороны специалиста является еще одним доказательством его правоты в том, что к нему, действительно, плохо относятся, он является жертвой, а врач представляет для него реальную угрозу.

В ряде случаев поведение пациента в самом начале реализации выстроенного им жизненного сценария носит в какой-то мере исследовательский характер. Он пытается

эмпирическим путем установить, какой из вариантов поведения является наиболее подходящим для реализации устраивающей его стратегии дистанцирования и безопасного существования. Поэтому в ранние фазы психотических нарушений у пациентов наблюдается более широкий спектр поведенческих паттернов, чем в более поздние периоды. Поведение постепенно теряет исследовательский характер, становится стереотипным, ригидным, однообразным и монотонным. Использование одной поведенческой стратегии не стимулирует привлечение другой.

Слабое ego не в состоянии контролировать импульсы, идущие из бессознательного. Наступает регрессия и уход к первичному Я с погружением в сферу, близкую к драйвам и первичному процессу.

Начинается фильтрация через сознание «полезного» и «бесполезного» материала. Информация, воспринимаемая пациентами как полезная, носит алогичный, неразумный, фантастический характер. Формируются поведенческие стереотипы, которые не соответствуют социальным требованиям. На фоне нарастающего дистанцирования наступает кризис. При этом могут возникать галлюцинации, бредовые идеи, разорванность мышления и т. д. Этот острый кризисный период провоцируют внешние факторы, под влиянием которых происходит прорыв материалов бессознательного.

Практика показывает, что этот, наступающий вслед за продромальной стадией, прорыв может быть обусловлен следующими причинами: психическим истощением, соматическим заболеванием, отравлением, влиянием стрессирующего фактора (потерей близкого человека, распадом семьи, вынужденной бессонницей, страхами, испугом и пр). На фоне дистанцирования и отработанных способов защиты действует провоцирующий фактор, под воздействием которого человек теряет способность сопротивляться проникновению в сознание материала, идущего из бессознательного. Деструктивные импульсы врываются в сознание, разрушают его, способствуя развитию психотического состояния. Таким образом, снижение общей сопротивляемости организма и способности к интеграции психических функций повышает риск развития острых манифестных состояний.

Одним из примеров является развитие кратковременного психотического состояния у человека, которому предстояло принять решение в трудной бытовой ситуации. Сложность подобных ситуаций может носить скрытый характер, отражающий индивидуальную систему ценностей и психологических констелляций, являющихся следствием дисфункциональных межличностных отношений, как в семье, так и вне ее. Человек «спасается» от ситуации уходом в психоз, что освобождает его от необходимости принятия ответственного решения. Выбор болезни имеет защитный характер, а на бессознательном уровне психоз оправдывает пассивность.

Еще одним примером служит история болезни пациента, который в течение 15-ти лет наблюдался у психиатра. В течение этого периода он пять раз госпитализировался по поводу острых психотических реакций. Пациент характеризовался пассивной зависимостью, не был женат, жил на иждивении старшей сестры. В момент возникновения ситуаций, связанных с необходимостью повышенной ответственности и предстоящим трудоустройством, у него появлялись страх, нарушение поведения, уход в себя, навязчивые мысли, бессонница, дезориентировка, голоса. При разрешении ситуации все болезненные признаки исчезали. Shulman (1980), описавший этот случай, считает, что для этого пациента уход в психоз являлся своеобразной реакцией адаптации к тому, чтобы не принимать на себя ответственность, связанную со страхом оказаться несостоятельным.

Автор описывает аналогичную ситуацию на примере тридцатилетней женщины, имеющей в анамнезе три психотических эпизода, каждый из которых возникал перед замужеством. Появляющиеся при этом слуховые галлюцинации и неадекватное поведение приводили к разрыву отношений, после которого сразу же начиналось выздоровление. Пациентка работала официанткой, характеризовалась замкнутостью, интравертированностью. Анализ показал, что замужество ассоциировалось у нее с

необходимостью изменения привычного стереотипа жизни. С одной стороны, женщина хотела выйти замуж и уйти от созависимых отношений с матерью, с другой, - боялась покинуть свою квартиру и иметь собственный дом. Эти амбивалентные страхи приводили к интрапсихическому конфликту, который вскоре приводил к развитию психоза. Период влюбленности сменялся сомнениями, страхами, появлением беспокойства, нарастанием возбуждения и развитием идей отношения. Ей казалось, что ее жених имеет какие-то другие, скрытые цели, что он плохо к ней относится, и в дальнейшем будет относиться еще хуже и т. д.

В развитии шизофренического процесса большое значение имеют нарушения идентичности. Слабая идентичность приводит к тому, что человек может ощущать себя в разных ролях, однако, каждое из этих состояний является хрупким, нестойким, и строится на близости к первичному Self'у, который характеризуется тесной связью с бессознательным. Этим объясняется легкость, с которой у таких людей возникают различные психотические состояния.

Некоторые авторы, например, Shulman (1980), обращают внимание на частоту развития психотических состояний у меняющих школу подростков. В качестве примера описывается пятнадцатилетняя девочка, у которой после смены места жительства и школы резко снизилась успеваемость. Пропуски уроков она объясняла страхом перед учителем математики. Обратившись к школьной медицинской сестре, девочка предъявила жалобы на слабость и состояние внутреннего беспокойства, с чем и была направлена в клинику. Во время осмотра специалистом производила впечатление тревожной, боязливой и заторможенной. Почти не разговаривала. У психиатров возникла предварительная версия о возможном развитии шизофренического процесса. До переезда в другой город и смены школы была активной, общительной, проявляющей интерес к обучению и музыке. Потеряв контакты с прежними подругами, жаловалась на то, что ее никто не любит и она никому не нужна. Анамнез выявил, что она сердита на родителей из-за переезда, который осуществился помимо ее воли. Она настаивала на том, чтобы остаться с бабушкой и окончить школу, в которой училась. Вскоре после переезда у нее возникло впечатление, что в новой школе к ней плохо относятся и предъявляют непомерные требования, по сравнению с остальными детьми. Возник страх, что она не справится с математикой, но признаться в истинной причине страха, связанной с неверием в свои математические способности, она не могла. Она заранее предсказывала себе проблемы с математикой. В действительности, она отнюдь не боялась учителя математики, в какой-то мере он был ей даже симпатичен. Но она не могла признаться даже себе в том, что ей было особенно неприятно оказаться несостоятельной перед человеком, который ей нравится. Поэтому она выдвинула в качестве оправдания пропуска уроков математики боязнь учителя. Этим поведением она обратила на себя внимание многих людей. Девочка настолько заигралась, что самостоятельно выйти из этого сценария уже не могла. Возникшее нарушение носило временный характер, и после проведения коррекционных мероприятий диагноз шизофрении был снят. Однако, при неправильном отношении к происходящему могло бы наступить прогрессирование симптомов.

Появление некоторых психотических симптомов может быть связано с лежащим в их основе чувством неполноценности и одновременной тенденцией компенсировать его. Компенсация этого чувства у лиц, страдающих шизофренией, носит патологический характер.

Продромальные (возникающие в части случаев перед развитием острой фазы шизофрении) симптомы включают отчетливую социальную изоляцию, странные убеждения или магическое мышление, сниженный или неадекватный аффект, суеверие, веру в «шестое чувство»,сверхценные идеи и др. Эти симптомы наблюдаются также при шизотипическом личностном расстройстве (DSM-IV). Здесь важно подчеркнуть, что далеко не во всех случаях в дальнейшем появляются манифестные продуктивные

симптомы и/или происходит прогредиентное ухудшение состояния. Выделение шизотипического личностного расстройства связано с исключением из диагностики простой формы шизофрении, остающейся в ICD-10 (МКБ-10) с целью избегания расширительной диагностики шизофрении.

Для лучшего понимания динамической структуры шизофрении может быть использована этиоэпигенетическая концепция Bilikiewicz'a (1960).

Согласно предложенной автором теории послойного развития, первым уровнем эпигенеза является *генетически – конституциональный слой.* Основой этого уровня служит ресурсный потенциал, с которым рождается каждый человек. Если через какое-то время после рождения человек переносит заболевание, оставившее последствия в виде стойкого нарушения мозговых функций, например, после перенесения менингита, энцефалита или черепно-мозговой травмы, то в этих случаях на основе первого появляется *второй-психоорганический уровень* (слой) с соответствующими ему симптомами: нарушения памяти, утомляемость, головная боль и др. Психическое состояние на этом новом этапе будет определяться уже не только личностными особенностями, связанными с первым, наследственно-конституциональным уровнем, но и симптомами второго уровня-психоорганическим синдромом. Дальнейшая динамика может проявляться по-разному:

1.симптомы второго уровня под влиянием лечения или самопроизвольно претерпевают обратное развитие;

2. симптомы второго уровня нарастают;

3. появляются симптомы третьего уровня в виде периодически возникающих нарушений сознания, эпилептических припадков, дисфории и др.

Третий уровень гомономен по отношению ко второму уровню и непосредственно связан с его развитием. Однако, в отличие от второго уровня, третий уровень прерывист: симптомы возникают на сравнительно короткие интервалы времени и исчезают, их обычно значительно легче устранить медикаментозно, чем симптомы второго уровня. В этом плане Bilikiewicz называл их условно функциональными.

Эта модель применима и к шизофрении. На каком-то этапе первого базисного уровня появляются признаки изменений, характерных для продромальных симптомов. Эти признаки достаточно стойки, имеют различную прогредиентность, и их можно отнести ко второму эпигенетическому уровню. На его фоне возможно развитие третьего уровня, проявляющегося развитием продуктивных симптомов-бредовых идей, галлюцинаций и др. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что, если эти симптомы возникают при отсутствии признаков второго уровня на «чистом» наследственно-конституциональном первом уровне и продромально-резидуальные симптомы отсутствуют после минования продуктивных расстройств, диагноз шизофрении не обоснован.

В психоанализе шизофрении представляет особый интерес изучение механизмов, лежащих в основе развития симптомов второго и третьего эпигенетических уровней, их связь с ситуациями, способствующими дистанцированию, стрессовыми воздействиями.

В случаях шизофрении элиминация симптомов острой фазы существенным образом изменяет состояние, но не приводит к полному выздоровлению, так как продромальные или эквивалентные им резидуальные симптомы остаются. Психологические факторы могут поддерживать их сохранение или усиление. Это те же факторы, которые создавали «статус благоприятствования» для возникновения болезненного процесса: отбрасывающее поведение родителей, их эмоциональная холодность, ситуации с «двойными связками» (Bateson).

В развитии шизофренического процесса имеют значения состояния паники, приближающиеся к синдрому аннигиляционной тревоги.

Сильные эмоции, идущие из бессознательного, захлестывают человека. Возможно появление реакции, направленных на самоспасение, выражающихся в использовании

магических ритуалов, которые должны помочь пациенту защитить его от сил Зла. Трудности в психоанализе подобных пациентов объясняются тем, что они очерчивают вокруг себя магический круг, выход за пределы которого означает для них полное поражение. Делая что- то определенное количество раз, они «спасаются» от потери своего Я, чтобы не превратиться в мертвый предмет. У них есть своя символика, свои числа, охраняющие цвета. Эта магия используется пациентами как защита. Этой же цели служат разнообразные ритуалы очищения, омовения, бесконечное мытье рук, лица. Невозможность выполнения ритуалов вызывает ощущение катастрофы и полной потерянности.

Состояние паники можно сравнить с чувством полного исчезновения себя. Некоторые пациенты вербализуют это ощущение как чувство того, что они сошли с ума. Психологический анализ происхождения этого признака показывает, что он инициирует состояния регресса, которые начинаются с развитием паники.

Предшествует состоянию паники повышенная возбудимость и сверхчувствительность ко всему тому, что происходит внутри психики и вовне. Пациент предпринимает попытки следить за угрозами, старается внимательно регистрировать поступающие сигналы, чтобы хоть как - то контролировать ситуацию. Но, поскольку он пытается фиксировать внимание на каждом сигнале, не имея возможности отфильтровывать, он постоянно отвлекается, не может сосредоточиться, и его охватывает экзистенциальный страх. Исходом этого состояния могут быть суицидные попытки или развитие кататонического застывания.

Люди, как и животные, застывают перед лицом опасности, представляющей угрозу их психофизической целостности. Легкость, с которой пациент входит в обездвиженное состояние, является результатом предварительного тренинга, как основного компонента выбранной асоциальной стратегии поведения. Сформировав в себе привычку к изоляции, он использует ее в максимальной форме. Наличие определенного опыта внутри созданного им фантастического мира позволяет длительное время находиться в состоянии обездвиженности, не реагируя на происходящее. Иногда в этом состоянии как бы все пусто и ничего не происходит, но, возможны варианты, насыщенные сложными переживаниями, связанными с участием в фантастических сценах. В этот момент человек видит сказочные панорамные картины, космические, исторические содержания, что может объясняться задействованием коллективного бессознательного. Клиницисты трактуют этот феномен как деперсонализацию, так как при этом человек чувствует себя, например, камнем, деревом, или каким-то другим объектом, рядом с которым происходят какие-то события. Таким образом преломляется страх превращения себя в неодушевленный предмет в результате потери собственного Я.

Опыт переживания паники не проходит бесследно для пациентов. Он может послужить основой еще большего их дистанцирования от реального мира, приобрести более выраженные проявления, во время которых пациент пренебрегает принципами здравого смысла, моральными и социальными обязанностями. Происходит фиксация на различных формах приватной логики и уход в сноподобные фантазии. Пациент «обучается» умению «уходить» к мысле- образам, появляющимся из бессознательного.

Одним из вариантов поведения является уход в сферу абстракций, в котором иррациональное мышление используется как способ выживания. Результатом такого выбора может стать общая спутанность, дезориентировка в отношении происходящих событий, которые, в общем, мало занимают. Пациент отрицает, отбрасывает реальность, прекращает разные формы социальной активности, в том числе и заботу о себе.

Вместе с тем, иногда пациенты все же рассказывают о своих необычных переживаниях и восприятиях.

В момент общения с животными, они частично выходят из мира фантазий, потому, что животные не говорят, не задают вопросов и поэтому не представляют для них

опасности. В общении с животными такие пациенты становятся гораздо более «реалистичными», чем в общении с людьми.

Некоторые из пациентов любят общаться с детьми. Такие контакты, как правило, происходят в тайне от других взрослых людей.

Постепенно утрачивается способность дифференцировать то, что происходит на самом деле, от того, чего нет и быть не может. Нарастает ощущение нереальности себя, восприятие себя как неживого человека. Иногда это чувство проецируется на других и начинает казаться, что и другие, и окружающий мир тоже нереальны. Люди воспринимаются как автоматы, как тени, действующие во сне. Пациенты описывают их как бесчувственных, неживых людей, сделанных из папье – маше.

Смысл и значение произносимых слов теряется. Любое слово может означать все, что угодно. Кажется, что все говорят на каком-то непонятном, чужом языке. Появляется чувство неуверенности во всем, даже в самых близких людях. Ощущение нереальности часто сопровождается чувством того, что все вокруг марионетки, которых контролирует кто-то извне; что все, что происходит, имеет двойной смысл, и кто-то нуждается в том, чтобы все происходило именно таким образом. Действия окружающих воспринимаются как ложные, обманчивые, вынуждающие искать скрытый смысл происходящего. Делаются неадекватные выводы, согласно которым окружающие люди оцениваются либо как жертвы, либо как заговорщики.

Ощущение нарастающей собственной мертвенности проявляется в прогрессирующей бедности эмоционального участия, в ощущении потери чувств, как неспособности что-то переживать, грустить, злиться, сожалеть о чем-то и пр. Постепенно интерес к происходящему вокруг полностью теряется.

Одним из вариантов является развитие гебефренического состояния, характеризующегося саркастически издевательским отношением к происходящему. Типично хихиканье. Все оценивается как глупое и незначимое, как бессмысленная шутка. Механизмы поведения включают демонстрацию протеста и отсутствия желания повиноваться социальным нормам. Пациенты хихикают и смеются над тем, что не подлежит осмеянию, над серьезными и грустными вещами, высмеивать которые не принято. Своим бесстыдным и циничным поведением они провоцируют окружающих и наиболее близких людей, с мнением которых не считаются и которых презирают, бросая, тем самым вызов им и судьбе. Возникает регресс и возврат к детскости в виде поступков зловредного ребенка, который причиняет вред окружающим.

Психотические симптомы, свойственные шизофрении, по их психологическим механизмам подразделяются на следующие категории:

1.Симптомы, целью которых является выход из социальной интеграции. К ним относятся такие, как уплощенность эмоциональных реакций, при которой пациент либо вообще не реагирует ни на какой раздражитель, либо реагирует очень слабо; таинственность; апатия; чувство особенности; снижение интереса к происходящим событиям; неспособность концентрировать внимание; аутистическое мышление; и даже самоубийство.

2.Симптомы, выполняющие функцию защиты от требований социальной жизни. В их число входят: неадекватное эмоциональное поведение; сужение и закрытость ассоциаций; использование специального приватного языка; мутизм; негативизм в виде отрицания всего, что предлагается; игнорирование собственной персоны; склонность к насилию.

3. Симптомы, которые способствуют развитию приватной логики и делают более безопасной собственную позицию. К ним относятся: галлюцинации, которые «доказывают» наличие угрозы; бредовые представления; провокации других людей; необходимость играть роль психически больного человека; импульсивность.

Психоаналитическая терапия шизофрении относится к сложной и не популярной сфере деятельности специалистов. По мнению Rado (1956), пациенты с таким диагнозом

страдают из-за отсутствия «интегративной радости», под которой он подразумевал первичный дефект возможности переживать радость от плодов своей деятельности. Автор определил этот симптом как *ангедонизм*-невозможность получать удовольствие. Современные исследователи считают, что ангедонизм более характерен для пациентов с депрессивным состоянием. Теоретически, при наличии шизофрении пациент не утрачивает способности радоваться жизни, просто помехой этому служит слишком большое количество препятствий. Причина ангедонизма заключается в неудовлетворяющих трансакциях с жизнью и невозможности достичь поставленных целей, в связи с их рассогласованием с реальной действительностью.

Исключения возможны лишь тогда, когда сама реальность изменяется в психике пациента грубейшим образом, когда он неправильно приспосабливает реальность к своим целям.

Исходя из этого, Federn (1956) высказывает точку зрения о необходимости при психоанализе фиксировать внимание пациента только на тех «частях» его Я, которые пока интактны и еще не нарушены.

Fromm-Reichmann (1954) считает целесообразным обращать внимание пациента на конкретное содержание того, что происходит в момент психоаналитического сеанса.

Sullivan (1962) предлагает концентрировать внимание на самочувствии пациента, исключении техник, способных снизить его самооценку и тем самым ухудшить его состояние.

Arieti (1962) подчеркивает необходимость понимания психологического содержания нарушений, оказывающего непосредственное воздействие на содержание галлюцинаций, на причины и суть комментируемых мыслей, отражающих определенную скрытую часть бессознательного.

Sechahaye (1961) призывает специалистов использовать в психоанализе успешно применяемую им технику символической реализации желаний пациентов с необходимостью сосредоточения внимания на одной, или двух обсуждаемых темах.

По мнению Jackson (1963), психоаналитическая работа не возможна без участия в ней семьи, особенно при параноидных формах шизофрении.

Все авторы подчеркивают необходимость принятия и понимания переживаний пациентов; приближения психотерапевта к возможности использования здоровой части личности; отмечают важность налаживания контактов с пациентом с последующим использованием этой модели в общении с другими.

Azima (1963) указывает на необходимость использования языковых модальностей в установлении понимания между врачом и пациентом, и умения обсуждать темы, соответствующие актуальной ситуации.

Dreikurs (1958) предлагает специалистам моделировать тон голоса в соответствии с используемым во время сессии музыкальным фоном; применять интуитивно-эмпатические техники, основанные, например, на использовании оттенков молчания.

Большинство авторов подчеркивают необходимость комбинации всех доступных методов воздействия. Главной задачей при этом является установление коммуникативных отношений в первой фазе психотерапии. В процессе работы следует учитывать стремление некоторых пациентов к установлению избирательного контакта со специалистом.

Отсутствие у пациентов желания обсуждать свои проблемы может быть обусловлено многими факторами. **К причинам, препятствующим установлению контакта и требующим преодоления, относятся следующие**:

1.Некоторые пациенты не считают себя «больными».

2.Некоторые не осознают того, что с ними происходит.

3.Спутанность некоторых пациентов лишает их возможности правильно оценить стремление специалиста помочь им.

4.Иногда пациенты рассматривают психотерапевта как представителя враждебной системы, изо всех сил стараясь сохранить дистанцирование и защитить себя от возможной социализации, которой он/она боится.

5.Пациент потерял веру во все, в том числе и в себя, и считает, что ничего нельзя изменить.

6.Чувство стыда, при котором пациент стесняется себя и своего состояния.

Некоторые специалисты говорят о необходимости озадачить пациента и вынудить его выйти за пределы привычного отрицания всего, поставив его лицом к лицу перед чем-то необычным. Авторы техники «озадачивания» Deanne и Brooks (1965) подчеркивают, что, если пациент принимает решение быть психотиком, почему бы ему не принять противоположное решение не быть им больше. Следует инициировать его первые шаги на новом для него пути.

Поскольку принимаемое пациентом решение носит неосознанный характер, задачей специалиста является выведение его на уровень осознания. Акцент при этом делается на том, что, несмотря на тяжесть страданий, которые испытывает пациент, выбрав для себя существование в реальном мире, он в состоянии вынести их. Решение пациента выйти из психоза возможно только при наличии альтернативы прежнему поведению, которая должна быть более заманчивой, чем предыдущая. Речь идет не о призывах «собраться» с мыслями и сконцентрироваться на обдумывании и решении какой-то проблемы, а о необходимости организовать иное восприятие мира и создать новую систему отношений. Изменение возможно при наличии надежды на возможность по-новому организовать свое поведение и сформировать новые модели участия в социальной жизни, осознав положительные стороны этого процесса.

Основой психотерапевтических действий является внушение надежды и смелости пациенту. Он должен почувствовать возможность и эффективность совместной работы со специалистом. Результатом возникновения такого ощущения является боязнь пациента потерять контакт с психотерапевтом, в эффективность работы с которым в начале психоанализа пациент не верил.

В ходе психотерапии необходимо добиться понимания ошибочности выбора пациентом перфекционистской и нереальной цели, показав возможность постановки достижимой цели. Пациент должен испытать чувство, что он может быть более успешным, если он будет социализироваться, что существуют люди, которые ему сочувствуют так же, как это делает психотерапевт.

Интересны результаты исследований Rosen'a (1953), который рассматривает психотическое поведение как непосредственное выражение драйвов, находящихся в бессознательном. Основав новое направление, автор прибегнул к помощи своих бывших пациентов, страдающих шизофренией, которые получили специальное образование в области психоанализа. Они создали психотерапевтическую команду, которая заботилась о пациентах и поддерживала психотерапию, проводимую Rosen'ом. При этом пациент признает специалиста в качестве эксперта и воспринимает отношение к аналитику как принципиально новое переживание, а группа препятствует дистанцированию.

Используя технику смущения и озадачивания пациента, Rosen никогда не ставит себя в проигрышное положение и всегда находит ответ на высказывания пациента, стремящегося разрушить его формальную логику.

Rosen саркастичен, убедителен и внешне жесток. Его шокирующие метафоры озадачивают пациента. Он играет роль более безумного человека, чем пациент. В ответ на нелепость, высказанную пациентом, он произносит еще большую нелепость, чем ставит его в тупик. На фоне абсурдных высказываний Rosen'a, которые полностью противоречат реальности, пациенту трудно быть психотичным, так как он, в сравнении со специалистом, выглядят более здоровым.

Rosen приводит в качестве примера одно из своих обращений к психотической девице: «Я - твой отец, мы любим друг друга и поэтому хотим вступить в половые

отношения». Понятно, что Rosen ничего подобного не имеет в виду, но этой метафорой он ставит пациентку в тупик.

Пациент использует психоз для того, чтобы дистанцироваться от пугающих его требований жизни. Тактика Rosen'a направлена на то, чтобы пациент перестал получать удовольствие от прежней стратегии. В этот момент пациент вынужден быть менее психотичным, так как он должен защищать себя от нападок психотерапевта. Таким образом, пациент получает возможность формировать коммуникативные отношения. Он начинает искать поддержку у других членов психотерапевтической группы, членом которой он является.

Специалистов, проводящих психоаналитическую коррекцию шизофрении, объединяет общая точка зрения, согласно которой *основой эффективной психотерапии* является индивидуализация задач на основе диагностики на психиатрическом, психологическом и социальном уровнях, адекватная оценка ресурсов и возможностей больного, гибкий подбор наиболее адекватных методов в их правильном сочетании с медикаментозными и другими видами вмешательств.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА

ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ РАННИХ ОТНОШЕНИЙ С МИРОМ

Согласно американскому психоаналитику Hedges (1994-2000), каждый человек на ранних стадиях своего развития неизбежно проходит через ч*етыре периода (уровня) отношений с миром:*

Первый - *уровень организующего переживания*. Младенец нуждается в определенных формах связи с окружающим миром, в котором он оказался, чтобы сохранять в контактах с другими людьми психологическую алертность (возбужденность). К ранним формам связи относятся связь с материнским телом, с матерью в целом, с ее сознанием, психикой и восприятие окружающих с целью получения питания, стимуляции, успокоения и т. д.

Второй уровень –*симбиотических переживаний*. В этот период ребенок обучается устанавливать, развивать и совершенствовать эмоциональные отношения, понимать «хорошие и плохие» чувства. Он переживает ощущение связи с другими людьми, которые осуществляют заботу о нем; обучается налаживанию примитивных форм контактов, развивает ролевые и обратимые паттерны связи.

Третий уровень-*переживания Я-другой*. Трехлетние дети пользуются одобрениями других для развития и совершенствования самоопределения, навыков и самооценки. Положительное реагирование, одобрение и восхищение ребенком со стороны взрослых способствует развитию его Self'a.

Четвертый уровень-*независимого переживания.* У четырех-пятилетних детей возникают треугольные отношения любви и ненависти, характерные для Эдипального периода. Происходит развитие более сложных социальных отношений, в пределах которых дети воспринимают других людей как отдельные сепаратные центры инициативы. Появляется чувство независимости в конкретной социальной среде.

Каждому из этих периодов соответствуют индивидуальные варианты привычек.

Эти привычные отношения автоматически переходят в период зрелой взрослой жизни, оказывают на нее определяющее влияние и окрашивают все дальнейшие, значимые личностные контакты человека.

Автор связывает четыре уровня с возможностью развития во взрослом состоянии разнообразных нарушений, которые проявляются в различных **формах страха**. Он называет их смертельными формами, подчеркивая тем самым их выраженность.

С первым *уровнем организующего переживания* связано два вида взрослых страхов: страх одиночества и страх осуществления связи и установления контактов.

Со вторым *уровнем симбиотических переживаний* связано возникновение страха покинутости и страха самоассертивности. В связи со страхом быть ассертивным, человек может стать подчиняемым и агрессивным.

Третий уровень переживания Я-другой связан со страхом быть непринятым другими.

Четвертый уровень-*независимого переживания* связан со страхом поражения, страхом успеха и страхом полного, чрезмерного раскрытия себя.

С точки зрения Hedges, отношения, возникающие на вышеуказанных уровнях развития, эмоционально переносятся и повторно переживаются в отношениях с аналитиком, особенно, в течение длительной и интенсивной психотерапии. Характер их проявлений, особенности проговаривания и интерпретации в психоаналитической ситуации «здесь и сейчас» зависят от ряда обстоятельств и личностных особенностей как аналитика, так и пациента.

В процессе психотерапии следует учитывать, что каждый пациент с наличием в анамнезе детских психических травм и различных неприятных переживаний, имеющих место в любом возрасте, во время психоанализа имеет шанс освободиться от них и от сопровождающих их страхов путем воссоздания какой-то части травматических переживаний раннего периода жизни.

Специалисту следует учитывать возраст, в котором эта травматизация имела место. Травма, полученная в возрасте 2,5 -3 лет может быть откорригирована потому, что в это время ребенок имел психологические ресурсы, которые в какой-то степени помогли ему организовать травматический опыт и попытаться справиться с ней. Страх, который возникал у ребенка в этом возрасте, не мог полностью охватить его ego структуру.

Особенно интенсивные глубокие переживания, с точки зрения автора, характерны для наиболее ранних, первых двух уровней развития ребенка. В ходе психотерапии эти ужасающие переживания могут быть воспроизведены. Аналитик имеет возможность постепенно выйти на ранний уровень травматизации, который не был интегрирован и дифференцирован в сознании.

В одной из книг «Ужасающие трансференсы» Hedges указывает, что в процессе психоанализа пациенты проецируют на аналитика то, что с ними происходило в период организующего и симбиотического переживания. Этот материал невозможно выразить словами. Тот, кто испытал эти переживания в ранних периодах жизни, становится чрезвычайно ранимым к последующей травматизации. Существует мнение, что у людей, переживших раннюю травматизацию на первых двух уровнях развития, значительно чаще развивается ПТСР, по сравнению с теми, кто ее не пережил. Психотерапия у таких пациентов проходит значительно тяжелее. Лица, психологически травмированные в более позднем возрасте, легче воспроизводят эти негативные ситуации в процессе психоанализа.

Встреча аналитика с ужасающим переносом в процессе выхода на очень ранний уровень переживаний изменяет реакции пациента. Выражение его лица и реакции становятся напряженными, появляется ощущение удушья, сердцебиение, развивается состояние, близкое к потере сознания, пациента охватывает ужас.

Далеко не каждый может прямо говорить о своих страданиях, но он может избрать для себя способ метафорического изложения. В книге Hedges'а «Воспоминание, повторение и проработка детской травмы» (1994) указывается, что такие рассказы носят характер *архетипных нарративов,* отражающих содержание травмы, но напоминающих рассказы о сновидениях. Символизм, концентрация и конденсирование пережитых материалов позволяют передать эмоционально-чувственное состояние, сопровождающее

травматические воспоминания. Повествование может спровоцировать у пациента серьезные соматические реакции в виде судорог, потери сознания, рвоты, задержки дыхания, приступа паники, функциональных параличей, например, слепоты. Воспоминания о ранней травме чреваты возникновением чрезвычайно тяжелых реакций.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В исследовании влияния семьи на пациента не следует ограничиваться изучением только родителей. Необходимо учитывать роль и других членов семьи (в так называемой расширенной семье).

Информация о пациенте, исходящая от членов семьи, является чрезвычайно важной. Члены семьи, как правило, сообщают о пациенте информацию, отличающуюся от *информации, предоставляемой пациентом, которая является неполной и недостаточно достоверной, проходя сквозь призму его нарушенного психического состояния.*

Семья должна приниматься во внимание специалистами и при выписке пациента из стационара. Информация о том, что представляет собой заболевание, подготавливает членов семьи к адекватному восприятию состояния пациента, настраивая их на определённую его апперцепцию. Такое восприятие может совпадать или не совпадать с их собственными представлениями о заболевании, а может и усиливать эти представления.

Современные исследователи семьи характеризуют её как основную социокультурную единицу, посредством которой из поколения в поколение передаются традиции, подходы, привычки и отношения. При этом следует понимать возможность анализа семьи как комплексного образования в нескольких направлениях:

1. исследования членов семьи;
2. исследования субсистем семьи;
3. исследования жизненного цикла семьи;
4. исследования взаимодействия семьи как группы с другими группами;
5. исследования семьи как полной системы.

Исследования отдельных членов семьи включают в себя фокусировку внимания на личности, на её психологии, на поведении каждого из членов семьи. Семья рассматривается как аккумулированный результат поведения всех её членов. Семья как целое состоит из членов, которые в совокупности создают качественно новую функцию семьи. Взаимодействия отдельных членов семьи могут быть очень разными. Например, нормальное, функциональное взаимодействие родителей и детей является благоприятным для развития каждого из членов семьи. Здесь создаются более благоприятные условия для реализации своего потенциала, духовного развития, в отличие от обстановки дисфункциональной семьи. Возможны и другие варианты взаимодействия.

Примером целесообразности учёта такого подхода может быть анализ образа Лауры в «Стеклянном зверинце» Т. Уильямса. Героиня внутри своей семейной системы живёт в нереальном мире фантазий, что может быть квалифицировано как серьёзное психическое заболевание, например, шизофрения. В то же время понимание роли Лауры в семье, её интеракций с матерью и братом, подтверждает необходимость такого поведения с целью сохранения баланса в семье. Возникшее напряжение во взаимоотношениях членов семьи снимается и контролируется присутствием и поведением Лауры. «Принимая огонь на себя», она препятствует распаду семьи. Таким образом, сохранение единства семьи является неосознаваемой Лаурой целью, реализуемой ею в характере своего поведения. Лаура является одним из патологических «симптомов» своей дисфункциональной семьи.

Такой сдвиг от изучения патологии индивидуума к изучению внутрисемейных межличностных отношений – не просто иной способ изучения патологии, а новая концепция патологии, расширяющая границы традиционного диагностического мышления.

Изучение субсистем семьи подразумевает анализ отношений между супругами, родителями и детьми, сиблингами. Анализируются межличностные отношения, эмоции, роли, которые играют члены субсистем по отношению друг к другу, конфликты, возникающие между членами субсистемы.

Исследование жизненного цикла семьи включает в себя анализ семейных событий таких, например, как рождение, взросление, воспитание детей, уход детей из дома.

Изучение семьи как сравнительно изолированной группы предполагает учёт вида иерархии в семье, способов осуществления коммуникации, ролевого поведения. Изучаются взаимодействия семьи с другими социальными структурами, оценивается выполнение семьей конкретных жизненных задач, поведение семьи в ситуации стресса, использование ею социальных и других ресурсов сопротивления стрессу, опыта других семей и своего собственного прошлого опыта.

Исследование семьи как системы основывается на теории систем, согласно которой семья воспринимается как существующая в системе единица, включающая в себя интрапсихические, межличностные, внутрисемейные и экстрасемейные события и перспективы, взаимодействующие между собой как целостная система.

Изучение семьи должно включать в себя необходимость учёта культуры добрачных сексуальных отношений. Подходы к добрачным отношениям варьируют в различных культуральных группах, даже живущих недалеко друг от друга. Отношения различных поколений к добрачным связям могут изменяться с течением времени, что может способствовать возникновению конфликтов.

Hoebel (1972), исследуя отношения к добрачным сексуальным связям в Европе и в США показал, что большинство респондентов акцептирует добрачные сексуальные отношения, не возражая против них и не давая им отрицательных оценок. Из этнографического атласа Murdock (1967) следует, что из опрошенных 863 семей 67% не возражали против добрачных сексуальных отношений. *Пермиссивные общества,* допускающие такие отношения, находятся в тихоокеанской зоне. *Рестриктивные общества*, ограничивающие эти отношения, расположены в бассейне Средиземного моря. *Учёт этих факторов необходим при анализе возникающих у пациентов скрытых стрессовых состояний как реакций на нарушение ими запретов на добрачные отношения. Эти состояния проявляются по-разному и способствуют возникновению таких нарушений, как нарушения приспособления и декомпенсация некоторых личностных расстройств.*

Существуют общества, в которых браки ранжируются родителями, предварительно заключающими добрачные контракты. К таким обществам относятся некоторые Восточные страны и страны бывшего СССР. В Китае, например, брачные контракты заключаются ещё до появления детей на свет. Описан случай, когда родители маленькой девочки на Тайване, облачив её в традиционный свадебный костюм красного цвета, отправили для проживания и воспитания в дом будущего мужа. Девочка росла вместе с будущим «женихом». Жених и невеста воспитывались как сиблинги с получением возможности пережить длительный период интимных контактов с инцестным табу. Современные исследования, проведённые Wolf (1966) на Тайване, свидетельствуют о том, что большинство «женихов», воспитывающихся в аналогичных условиях, в дальнейшем не хотели жениться на невестах, напоминающих им сестёр. Более того, у этих «женихов» диагностировались психологические проблемы, препятствующие их вступлению в брак вообще. Эти молодые люди, поддерживая с псевдоневестами дружеские отношения, вступали в брак с другими женщинами, часто посещали проституток и вступали во внебрачные сексуальные отношения. Таким образом,

диагностированные нарушения включали в себя, с одной стороны, тенденцию к промискуитету, а, с другой стороны, затруднение сексуальной ориентации с неуверенностью в себе.

В семейных субсистемах прежде всего выделяют субсистему муж–жена. С психологической точки зрения целью брака, по мнению Lidz (1974), является получение безопасности, которую обеспечивает брачный союз, облегчающий жизнь партнёров посредством получения ими сексуального удовлетворения, удовлетворения от рождения и воспитания детей и других способов взаимодействия друг с другом. Основная природа брака состоит в реализации этических и моральных ожиданий, посредством которых достигается определённое членство партнёров в обществе с получением возможностей удовлетворить биологические, психологические, социальные и экономические требования. Брачные отношения могут рассматриваться или как обязательный контракт на длительный период, или как функциональное образование, основанное на взаимном удовлетворении потребностей и отношений. Если эмоциональные потребности и отношения не удовлетворяют друг друга, супруги могут разорвать эти отношения.

В области клинической психиатрии и патологической психологии многие лица с психическими нарушениями традиционно описывались и понимались как лица, которым присуща та или иная индивидуальная психическая патология. При рассмотрении семьи в целом, эти расстройства следует квалифицировать в контексте семьи. *Всякое нарушение, возникающее у отдельного члена семьи и имеющее индивидуальное проявление, вместе с тем представляет собой определённый признак, отражающий психическое неблагополучие семьи, которое могло существовать до возникновения этого нарушения, или служить проявлением тотальной психопатологии всей семьи*. Индивидуальная психопатология, в частности, отражает патологическое функционирование целостной семьи. Более тщательные исследования позволяют диагностировать комплекс дисфункциональных отношений в семье, которые нуждаются во вмешательстве для их устранения. Например, психосоматические расстройства члена семьи позволяют установить связь этих расстройств с характером повседневной жизни пациента в семье. В таких случаях, как правило*, диагностируются ригидность отношений, хронический стресс и внутрисемейные конфликты.*

Если у кого-то из членов семьи развивается психическое нарушение, оно в той или иной степени передаётся другому члену семьи и, таким образом, один член семьи «заражает» психическим расстройством другого, что может проявляться такими клиническими признаками, как диссоциация, конверсионные расстройства, подозрительность, психоэмоциональное напряжение, бредовые проявления и др. Анализ описываемого контагиозного феномена у одного из членов семьи свидетельствует о том, что возникновение психического нарушения у него является вторичным. Иногда такая диагностика бывает возможной только в результате длительного наблюдения в условиях разъединения членов семьи, в результате которого первичные психические нарушения не проходят, а вторичные, индуцированные у другого члена семьи, обусловленные влиянием «истинного» больного, через какое-то время исчезают. Процесс, затрагивающий двух членов семьи, носит название *«болезнь двоих»*. В случае включения в этот процесс большего количества людей используется термин *«семейное безумие»*. Наибольшее количество такого рода индуцированных контагиозных психических нарушений, включающих в себя 103 случая, проанализировал Granlick (1942).

Gregory (1959) описал ситуацию передачи таких нарушений от мужа к жене и наоборот. Waltzer (1963) приводит казуистические данные, описывая психотическую семью, в которой заболевание, возникшее у одного члена семьи, индуцировало болезнь у 12 членов семьи. Tseng (1969) описал параноидную семью на Тайване, в которой брат индуцировал бредовыми идеями преследования свою сестру, «передавшую» индуцированные у неё симптомы своему мужу, с последующим индуцированием пяти детей. Описан случай возникновения бредовой идеи преследования у тайваньского

мужчины по отношению к находящимся в подполье коммунистам. Появлению таких симптомов способствовали реальные стрессы, имевшие место в жизни больного такие, как кража, отсутствие возможности устроиться на работу, соматические недуги. Появившиеся идеи преследования индуцировались всеми членами семьи, считавшими окружающих опасными и принимавшими необходимые меры для самозащиты.

Исследования обнаруживают *наличие преморбидных особенностей у членов семьи, предрасполагающих их к развитию индуцированных психотических состояний*. К этим преморбидным особенностям относятся: определённые биологические детерминанты; наличие между членами семьи сильных эмоциональных связей, обеспечивающих их привязанность друг к другу; наличие стрессовых ситуаций.

Существующие в семье эмоционально стойкие связи способствуют возникновению у её членов стремления к семейному единству, желания разделять семейные невзгоды между собой, быть ближе друг к другу. Тем не менее, в таких семьях могут создаваться условия для возникновения *индукции психотических нарушений.* Индукция чаще развивается, если заболевает член семьи, имеющий особый авторитет, связанный с возрастом, с интеллектуальным превосходством, а привычно сложившаяся система внутрисемейных отношений способствует тому, что все члены семьи доверяют заболевшему и, в какой-то степени, зависят от него.

Влияние семейного фактора прослеживается при индуцировании не только бредовых расстройств, но и других нарушений, в частности, социальной фобии.

Социальная фобия характеризуется стойким, иррациональным страхом контакта с другими людьми, при котором человек старается избежать ситуаций, представляющих для него потенциальную угрозу. Некоторое время назад это расстройство не диагностировалось, или терялось в массиве различных навязчивых страхов. В настоящее время выделяют общества и социальные структуры, в которых социальная фобия возникает чаще, чем в других (Kitanishu и Tseng 1989). В Японии социальная фобия диагностируется как страх боязни людей, возникающий, прежде всего, среди лиц молодого и, особенно, подросткового возраста. Причиной расстройства является свойственная этому возрасту озабоченность, связанная с впечатлением, которое производит подросток на окружающих. Озабоченность приводит к страху перед близким контактом, к опасению вербализовать свои мысли не тем тоном, не с тем выражением лица, с чрезмерным эмоциональным выражением и пр.

Анализ социальной фобии в Японии позволил сделать заключение о том, что это *расстройство развивается у «чрезвычайно чувствительных», рефлексирующих лиц, дискриминированных и лишённых чувства доверия в семье. Имеет значение наличие факторов, вызывающих социально негативную оценку семьи.* К таким порицаемым окружающими чертам относится социальный неуспех, развод родителей и все те ситуации, которые снижают самооценку детей и делают их чрезмерно чувствительным к оценке окружающими. В благоприятной обстановке, свойственной функциональным семьям, развитие социальной фобии мало вероятно.

Семейными факторами, предрасполагающими к возникновению социальной фобии, являются вербальные и невербальные ошибки коммуникации, подрывающие доверие ребёнка к эффективности его общения с другими людьми. Например, общаясь с пришедшими гостями, ребёнок пытается социализироваться путём разговора с ними, пытается каким-то образом проявить себя. Подчёркивание родителями неадекватного, с их точки зрения, поведения ребёнка будет способствовать развитию у него в дальнейшем социальной фобии.

Специалистами чаще декларируется, чем исследуется значение семейных отношений в возникновении невротических нарушений. Это приводит к тому, что исследований, посвящённых этой проблеме, очень мало. Xu, Cui, Tseng и Hsu (1988), исследуя женщин с «невротическими» депрессиями, обнаружили у них, в отличие от контрольных групп женщин такого же возраста, *«меньшую спаянность» их семей.*

Респонденты, недовольные взаимоотношениями в семьях, считали их плохим образцом адаптации. Исследователи пришли к выводу, что для китайцев *дисфункциональная семья выступает как стрессовый фактор*, *влияющий на развитие депрессии*. Отсутствие ощущения защитной функции семьи предрасполагает к сниженному настроению. В то же время авторы пришли к выводу о том, что низкая спаянность семьи в большей степени коррелирует с развитием депрессии, чем с развитием тревожности. Такие пациенты предъявляют жалобы неврастенического характера.

Изучение роли семьи в возникновении нарушений, связанных с приёмом пищи, показало, что такого рода нарушения встречаются в семьях с расплывчатыми границами в субсистемах «родитель-родитель» или «родители–дети». Для этих семей характерны сверхпротективность; желание контролировать всё, что возможно и невозможно; ригидность,–невозможность смены стереотипов, застревание на них; неумение разрешать конфликты с прямым или косвенным включением взрослых детей.

Johnson и Flach (1985) пишут о том, что *пациенты с булимией характеризуются изменённым восприятием собственных семей, воспринимающих семьи как малоспаянные, не стимулирующие независимость своих членов.* Например, родители, с одной стороны, стремятся к тому, чтобы их дети были зависимыми, а, с другой– проявляют по отношению друг к другу определённую зависимость и доминирование. Характерен высокий уровень конфликтности, наряду с частым подавлением отрицательных эмоций.

Авторы обращают внимание на то, что *анорексия* у детей, воспитывающихся в таких семьях, связана со стремлением к самовыражению, при котором ребёнок таким образом старается продемонстрировать себе и родителям свою волевую и эмоциональную состоятельность. Ребёнок относится к голоданию как к героическому поступку, заслуживающему признания.

Транскультуральные исследования, посвящённые изучению влияния социоэкономической ситуации в стране на голодание и переедание показывают, что расстройства, связанные с едой, чаще возникают в развитых обществах с высоким уровнем благосостояния своих членов и значительно реже возникают в неразвитых районах, испытывающих большую экономическую нужду. Нехватка продуктов питания, свойственная экономически неразвитым странам, приводит к меньшей фиксации населения на переедании и голодании. Так, например, в Сингапуре, на Тайване и Японии до второй мировой войны практически не наблюдалось лиц с избыточным весом. С улучшением экономической ситуации в этих странах количество лиц с избыточным весом, пренебрегающих физически активным образом жизни, резко возросло.

Доказано влияние культуральных факторов на формирование определённой установки лиц со стремлением к перееданию.

Это оказывается обусловленным положительной оценкой избыточного веса, являющегося, с культуральной точки зрения, признаком красоты, здоровья и благополучия. Многим культурам свойственна противоположная тенденция, стремление следовать ориентирам на модели, исключающие полноту. В этих культурах более вероятны случаи хронического ограничения приёма пищи, когда патологическая потеря веса считается достижением.

Современная семейная психиатрия при оценке болезненных расстройств рассматривает в качестве причины расстройства не влияние отдельных личностей, а семью в целом как основного носителя психопатологии, исходя из принципа, что целое всегда больше, чем сумма его отдельных составляющих. То есть, члены семьи, состоящей из нескольких человек, соединяясь вместе, функционируют как новая единица с определёнными взаимоотношениями. Эта система является результатом интеракций, без которых её существование невозможно. Каждый член семьи внутри этой системы приобретает новые качества.

Особое значение для формирования предрасположенности к развитию психических расстройств в семье имеет *феномен взаимоисключающего принуждения* (doubl–bind), который может быть охарактеризован на следующих примерах.

Подросток, эмоционально тесно связанный с матерью, получает от неё «послание» о том, что он должен очень хорошо учиться. Это воспринимается им как стимул к обучению. В ответ на сообщение сына о том, что он идёт в библиотеку мать «выдаёт» резко отрицательную реакцию, исключающую первое послание и сопровождающуюся словами: «Как ты можешь уходить из дома, ведь ты проводишь со мной так мало времени».

Второй пример. Отец говорит дочери о том, что он её очень любит. Дочь, ориентируясь на его вербальное признание, стремится подойти к нему, приласкаться, но он отстраняется от неё. У дочери возникает состояние внутреннего напряжения и недопонимания.

Третий пример. Мать рассерженная чем-то, испытывает к плачущему ребёнку резко негативные эмоции. Но, в процессе приближения к нему, её охватывает чувство вины в связи с её отрицательными эмоциями. Не в состоянии подавить их, она внешне проявляет к ребёнку чувство любви, нежности, заботы и ласки. В такой ситуации ребёнок воспринимает два «послания». С одной стороны, он чувствует, что мать его не любит, а, с другой стороны он сталкивается с демонстрируемой матерью нежностью. Ощущение фальши провоцирует развитие у ребёнка состояния неопределённости и тревожности.

Обстановка, насыщенная взаимоисключающими принуждениями, приводит к тому, что ребёнок, вырастая, плохо разбирается в общении с людьми, не зная, чего от них ожидать. Такое воспитание способствует развитию подозрительности, неуверенности, приводит к стремлению быть социально изолированным.

Феномен взаимоисключающего принуждения присутствует в структуре нарцисстических отношений в семье. Так, у жены с выраженными нарцисстическими особенностями появляется неудовлетворённость и внутреннее раздражение, в связи с несоответствием мужа престижному сценарию. Она выражает свои эмоции упрёком: «Ты не активен, не на высоте требований, не успешен. Ты должен добиваться успеха». Такое вербальное послание воспринимается мужем и он начинает добиваться успеха. Однако, вскоре такое поведение мужа перестаёт устраивать жену, усматривающую в этом элемент конкуренции. Так как это чувство носит не вполне осознанный характер, она проявляет косвенную агрессивность, используя разные методы «подрывной деятельности», переключая внимание мужа на действия, фактически препятствующие успеху. У мужа в результате возникает ощущение спутанности.

Рассмотрению семейной структуры психически больных пациентов с позиций изучения наличия в этих семьях явления созависимости до сих пор не уделялось достаточного внимания. Феномен созависимости хорошо разработан и проанализирован только на модели аддиктивного поведения. В то же время созависимость проявляется и в других нарушениях, выступая, например, в рамках соаддиктивных расстройств, при которых речь идёт о взаимодействии друг с другом нескольких людей, страдающих аддикциями.

Созависимость может рассматриваться и как форма болезни и как аддикция, выходящая за пределы химических и нехимических аддикций. *Созависимость–это аддикция отношений у личностей с расстройствами избегания, зависимых личностей, в семьях больных психическими заболеваниями.*

Первым вариантом стратегии, использующимся при созависимости, является контроль. Рассмотрение созависимости в рамках алкогольной модели невозможно без акцента на существующей в ней стратегии контроля.

Стратегия контроля осуществляется созависимыми людьми в семьях психически больных и выглядит следующим образом. «Здоровые» члены семьи, получив информацию о том, что кто-то из членов семьи является психически больным, берут на

себя функции контроля над поведением больного. Этот контроль может быть достаточно жестким. Роль контролёра часто очень устраивает члена семьи, придавая особый смысл его жизни. Контроль, осуществляемый над пациентом, приводит к тому, что различные виды его деятельности, не имеющие к патологии никакого отношения, а связанные с его обычными мотивациями, начинают контролироваться и осуждаться, в случае несовпадения поведения больного со схемой, существующей в сознании контролёра.

Контроль характеризуется подозрительностью, сопровождающейся вопросами типа: «Где ты был? С кем общался? Что ты делал?». Такой контроль имеет отрицательные последствия для всех членов семьи, провоцируя возникновение отрицательных чувств как у пациента по отношению к контролёру, так и наоборот. *Возникает замкнутый круг взаимного негативизма. Контроль приводит к усилению аутизма и поведенческой пассивности больного. Возможна также провокация агрессивности больных, актуализация параноидных реакций.*

Родители больных шизофренией, узнав о том, что для таких больных характерно отрицательное отношение к близким, находятся в постоянном поиске такого отрицательного отношения к себе, фиксируя на этом своё время и внимание.

Кроме того, специалистам следует помнить о том, что *амбивалентные межличностные отношения могут быть признаком нормы, а не патологии.* «Выискивание» патологии в амбивалентности способно значительно ухудшить межличностные отношения.

Вторым вариантом стратегии, использующимся при созависимости, является протекция–защита, тесно связанная с контролем. В семье больного шизофренией эта защита часто проявляется в том, что пациента защищают от возможных последствий его активного поведения. Пациента защищают таким образом, чтобы он не имел возможности активно общаться с окружающими, так как это может подорвать авторитет и престиж семьи. Защита может проявляться и в ограждении пациента от выполнения производственных, академических и других функций. В данных ситуациях специалисты и члены семьи действуют как члены одной команды, например, в случае согласованного обеими сторонами принятия решения о том, что пациенту лучше в течение определённого времени не работать и не учиться. Основания для принятия такого решения трудно объяснимы, так как сколько-нибудь *убедительные данные об отрицательных последствиях работы и учёбы на течение эндогенного заболевания отсутствуют.* Наоборот, приводятся сведения о том, что использование творческого потенциала эндогенного больного приводит к улучшению его состояния. Даже кататонические рудименты могут преодолеваться в процессе творческой работы. Члены семьи, подхватывая идею необходимости отказа от работы и учёбы, способствуют этому стилю поведения, будучи неосведомлёнными о том, что такая стратегия пойдёт пациенту только во вред.

Проблемы пациента, связанные с патологией его волевой функции при эндогенном заболевании, только усиливаются за счёт того, что его ставят в рамки необходимости выполнения стратегии пассивности, в результате использования родственниками стратегии протекции.

К проблемам, свойственным семье психически больного, относится *проблема брака*. Если у взрослого сына или дочери наступает ремиссия, выздоровление, то осуществление стратегии контроля приводит родителей к решению о необходимости реализовать матримониальные перспективы. Это желание родителей, как правило, основано на их страхе, что их сын или дочь никогда не женятся, или не выйдут замуж. Поэтому при появлении первой возможности следует её реализовать. Так как лица с эндогенными нарушениями, будучи интровертированными, с трудом вступают в межличностные контакты, выбор в вопросах, связанных с решением создания семьи, за них часто делают родители. Для таких брачных контрактов родителями часто выбираются люди, желающие доминировать, контролировать и интуитивно чувствующие, что в

предстоящем браке их желания могут реализоваться. Осознание партнёром собственных преимуществ, в сравнении с нездоровым партнёром, может импонировать будущему контролёру. Родителей эта ситуация тоже устраивает, так как у них, наконец, появляется возможность передачи будущему члену семьи надоевших им функций контроля и защиты. При таком выборе родители осуществляют *стратегию молниеносности заключения брачного контракта* по причине опасения возможной негативной активности больного и ухудшения его состояния. Родителями демонстрируются положительные качества больного с искусственным созданием ситуаций, скрывающих его отрицательные качества. В случае первых проявлений негативных характеристик больного контакты с предполагаемым брачным партнёром временно прекращаются по инициативе родителей.

В алкогольных семьях контроль имеет несколько иную специфику. В нем отсутствуют эмоциональность, он более формален. Достаточной эмоциональной поддержки алкогольный аддикт не получает. На этот фон наслаивается взаимоисключающее принуждение.

Значение семейных факторов при эндогенных заболеваниях нельзя недооценивать. Сарториус, например, подчёркивал, что в малоразвитых обществах больные шизофренией имеют лучший прогноз. Одной из причин этого факта является более выраженная в этих обществах семейная, клановая поддержка больных. Исследования, проводимые в Пекине, подтверждают, что у пациентов с выраженными психическими нарушениями, участвующих в социальных и профессиональных активностях, наблюдается более благоприятное течение заболевания, чем у пациентов, проходящих терапевтическое лечение в больницах.

Австрало–Новозелландская модель семейных отношений подтверждает, что лечение больных психофармакологическими препаратами в домашних условиях с посещением врача более эффективно, чем госпитализация таких больных. Использование этой модели в лечении пациентов, страдающих эндогенными заболеваниями, привело не только к большему лечебному эффекту, но и к экономической эффективности, связанной с разгрузкой психиатрических стационаров. Пациенты, длительно лечившиеся в психиатрических стационарах в Англии, и затем переехавшие в Австралию и лечившиеся согласно местной модели, отмечали её большую, по сравнению с английской моделью, эффективность. Это подтверждалось специалистами и было убедительно продемонстрировано на Всемирном Конгрессе по психиатрии Всемирной Федерации психического здоровья в Дублине (1995).

Отмечено, что *лица, страдающие шизофренией и живущие в расширенных семьях, включающих в себя несколько поколений родственников, имеют лучший прогноз*, связанный с получением такими больными дополнительной заботы со стороны многочисленных родственников, не входящих в круг «ядерной» семьи. Ядерным членам семьи мешает проявлять необходимую заботу о больном контроль, связанный с их созависимостью, тогда как родственники расширенных семей этой созависимости не имеют. Дополнительные члены семьи стараются уменьшить социальный уход больного в себя и его изоляцию.

Целесообразным для больных эндогенными заболеваниями считается прохождение социальной реабилитации в домах гостиничного типа, что является чрезвычайно полезным для таких пациентов. В этих «домах на половине дороги» пациенты участвуют в профессиональной деятельности, в самообслуживании, восстанавливают навыки самодостаточности. При реализации этих навыков в домашних условиях трудно избежать столкновения больных с явлением созависимости, с контролем. Временно проживая в таких домах, пациенты выезжают на работу, посещают общественные места, вызывающие их интерес, за исключением возможности посещать свой дом, чтобы не попасть под влияние семейных котролёров, так как влияние семьи может быть не только положительным, но и отрицательным. Семейная поддержка, превратившаяся в созависимость, вредна для пациента.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ О РОЛИ ОТЦА

Классический психоанализ рассматривает отца в качестве центральной фигуры. Freud, Ferenczi, Abraham и др. подчеркивают значение комплекса кастрации в психическом развитии. Внимание исследователей в основном фокусировалось на Эдипальном комплексе у мальчиков и в значительно меньшей степени на комплексе Электры у девочек. Концепции, предложенные авторами, носили фаллоцентрический характер, значение матери в них явно недооценивалось. В 40-50-е годы XX века ситуация изменилась. Непосредственные наблюдения за развитием ребенка, появление теории Self-объектных отношений способствовали усилению интереса к материнско-детской диаде и изучению феномена материнства. В 60-е годы значение ранних материнско-детских отношений акцентуировалось в исследованиях Bion'a, Bowlby и Winnicott'a. В психоаналитических работах, опубликованных до 70-х годов, темы, связанные с ролью отца, были мало представлены.

В период 70-80-х годов интерес исследователей к влиянию отца на характер его отношений с ребенком, в том числе и вне материнско-детской диады, возрастает (Abelin,1971; Lamb, 1976; Cath и др., 1982).

Lansky (1992) обнаруживает отсутствие симметричности в отношениях ребенка к матери и отцу. Основная идея автора заключается в том, что материнство в большей степени, чем отцовство, связано с биологией-биологической незрелостью и зависимостью новорожденного. Отцовство же имеет более выраженные связи с культурой и опосредовано отношением матери к отцу. На значение отца в контексте культуральных и социо-экономических условий указывает Benedek (1970).

Layland (1985) обращает внимание на психологическое «повреждение», возникающее в случаях отсутствия «достаточно любящего отца» – факт, часто встречающийся в современном западном обществе, где отцы нередко отсутствуют или совершают акты насилия.

Концепции психоанализа, касающиеся роли отцов, могут быть сгруппированы вокруг нескольких основных тем, к числу которых относятся:

1.роль отца в Эдипальном комплексе;

2.роль «внутреннего отца»;

3.роль отца в развитии ребенка (Etchegoyen,2002).

Эдипальный комплекс

Freud (1908) уделял особое внимание половому различию и необходимости дифференциации его последствий для мальчиков и девочек. Он считал, что дети обоих полов уверены в том, что и мужчины и женщины имеют penis. В связи с этим подчеркивалось значение комплекса кастрации, который определяет «инфантильную генитальную организацию» (1923). По мнению Freud'а, лица обоих полов принимают во внимание только мужскую генитальную организацию. Автор выделял фаллическую фазу, подчеркивая тем самым главенствующую роль phallus'а. Freud писал, что деструкция детской фаллической генитальной организации обусловлена страхом кастрации. В этой же работе Freud акцентуировал внимание на различии в сексуальном развитии мальчиков и девочек: «девочка акцептирует кастрацию как совершившийся факт, в то время как мальчик боится возможности ее возникновения» (p.178).

Страх кастрации у мальчика вызывает репрессирование желания обладать матерью и заменить отца. Осознание отсутствия penis'a девочкой приводит ее к заключению, что кастрация уже совершилась, что не приводит к исчезновению комплекса Электры. По мнению Etchegoyen (2002), с этого момента у девочек начинается Эдипальный комплекс (комплекс Электры). Девочка вынуждена отказаться от желания иметь penis в отношениях

с матерью как с первым любовным объектом. Вместо этого она обращается к отцу с желанием иметь ребенка как заменителя penis'а. В дальнейшем это желание также подавляется, что является разрешением Эдипальной ситуации для девочки.

Freud (1931) придавал большое значение предипальной фазе у девочек, которая начинается с интенсивной привязанности к матери. За пре-эдипальной фазой следует возникновение «зависти к penis'у». Разочарование в матери (которая не «снабдила» ее penis'ом), определяет ее движение по направлению к отцу и идентификацию с матерью.

В работах Freud'а роль отца освещается специфически. В них подчеркивается содержание запрета и угрозы. Положительное отношение к отцу, соответствующее ego-идеалу, присутствуют в значительно меньшей степени. Процесс формирования superego связывается с Эдипальным комплексом и строится на конфликте между конкуренцией и ненавистью к отцу и страхом кастрации. Первичное чувство к матери, возникающее из «океанического чувства» (по Sullivan'у), подавляется угрозой со стороны отца.

Положения о страхе кастрации и зависти к penis'у автоматически делают отца главным действующим лицом в психосексуальном развитии ребенка. Отец выступает в виде мощной фигуры, борьба с которой обречена на поражение. Loewald (1951) считает, что религиозное чувство, обожествление отца и стремление к нему являются признаками защитных компромиссов, используемых для того, чтобы справиться со страхом кастрации.

Loewald анализирует ранние детские отношения с матерью и отцом следующим образом. Исходное положительное отношение к матери связано с первичной нарциссической фазой и в процессе развития сочетается с защитными механизмами, направленными на уменьшение угрозы возвращения в исходное недифференцированное симбиотическое состояние внутриутробного периода.

Loewald указывает на раннюю позитивную идентификацию с отцом, который выступает в роли мощной защитной силы, препятствующей поглощению ребенка матерью. Характер такого восприятия отца имеет место в периоде до развития Эдипального комплекса. Защита от отца возникает позже, когда появляется угроза кастрации.

Концепция Loewald'а содержит в себе иную (по сравнению с Freud'ом) трактовку Эдипальной ситуации. Наряду с кастрационным комплексом, в нее включены либидинальные отношения к матери, «ужас матери», ранняя позитивная идентификация с отцом, выступающим в качестве ego-идеала, а также защиты против кастрационной угрозы.

С точки зрения Klein (1928), отец является одновременно объектом желания и в тоже время соперничества для обоих полов.

Klein отмечает самостоятельное развитие женской сексуальности и отвергает точку зрения Freud'а о женской сексуальности как кастрированной версии мужской сексуальности. Автор считает, что прегенитальные стадии Эдипального комплекса «матерински центрированы». Отношение к отцу характеризуется как отношение к частичному объекту; мальчик и девочка переживают чувство ревности, обусловленное их желанием обладать матерью. Отношения с отцом как таковые у Klein сколько-нибудь подробно не анализируются.

Дальнейшее расширение классической концепции Эдипального комплекса отражено в работах Bion'а (1959). Автор анализирует значение мифологического Сфинкса, символизирующего человеческое любопытство в отношении к самому себе, а также стремление Эдипа узнать правду любой ценой.

Таким образом констатируется наличие явного смещения акцентов. Bleandonu (1994) называет эту реконфигурацию «интеллектуальным Эдипом»: «Эдип Bion'а имеет совершенно другое переживание, чем у Freud'а. В то время как последний чувствует сексуальное желание по отношению к своей матери и желает смерти своему отцу, первый становится непокорным завистником брачной пары и высокомерным и надменным

исследователем. Последний был королевским героем семейной трагедии, включающей трех людей; первый является воплощением интеллектуальной Одиссеи».

Bion считает, что в процессе контакта с матерью и отцом ребенок реализует эмоциональную преконцепцию, «связывающую различные компоненты путем, аналогичным «научной дедуктивной системе». Преконцепция включает врожденную способность «знания себя». По мнению автора, в психике существует внутренняя преконцепция отца как первичного объекта, отличного от матери.

Возобновление интереса к роли отца связано с работами Lacan'a. Lacan структурирует бессознательное подобно языку. Отец, согласно Lacan'у, ввел «закон языковой системы», способствующий разрушению связи между матерью и ребенком. Французское «Nom du Pere» представляет собой защиту от исключительности существования только лишь в роли объекта материнского желания. Язык - это то, что отличает Субъект от Другого. Lacan'a интересовало изучение бессознательных языковых структур, а не желания, инстинкты или развития ego, как структуры адаптации к внутренней и внешней реальности. Согласно Lacan'у, индивидуальное чувство Self'a находится в постоянном движении, которое зависит от Другого. Субъект Lacan'a может концептуализировать себя в том случае, если он отражает себя в желании другого человека. Lacan придает значение Эдипальному комплексу в структурировании личности и человеческого желания. Кастрация является моментом психической перестройки, неразрывно связанной с развитием языка.

Желание ребенка, согласно Lacan'у, включает в себя значительно больше, чем сексуальный импульс или удовлетворение потребности. Желание ненасытно, поскольку происходит изначально от стремления «залечить» пропасть разделения от матери, возникающую при осознании сепаратности себя и матери. Первым желанием, как мальчика, так и девочки является «быть phallus'ом» для матери. Phallus здесь не эквивалентен буквально пенису, а подразумевает в представлении ребенка более общий объект материнского желания. Ребенок желает быть для матери всем, стремится заполнить собой тотальность материнского желания. Препятствием реализации этого желания является отец-обладатель phallus'a. Отец устанавливает закон, разделяющий союз ребенка с матерью. Ребенок не может быть желаемым в его воображении материнским phallus'ом и, вследствие этого, оказывается психологически кастрированным. Следует подчеркнуть, что Lacan имеет в виду не реальную фигуру отца, а «имя отца». Используя эту лингвистику, мать, называя отца (даже в случае его физического отсутствия), разрушает свой союз с ребенком и устанавливает новый символический порядок.

Target и Fornagy (2002) анализируют роль отца в трех вариантах:

1.Эдипальный отец;

2.отец, создающий возможность отделения от матери;

3.роль отца в развитии символического мышления.

Авторы обращают внимание на то, что в Эдипальном контексте классический психоанализ фокусирует угрозу мести родителем одного и того же пола в большей степени на мальчиках, чем на девочках. Для женщин угрожающей фигурой является мать, а отец остается объектом любви. При отсутствии мстительного авторитарного отца (например, в современной культуре) Freud был вынужден заявить, что Эдипальный комплекс маленькой девочки имеет больше шансов для сохранения и значительно меньше для исчезновения. Такая логика привела его к заключению, что «…для женщин уровень того, что является этически нормальным, отличается от последнего у мужчин» (Freud, 1925; p.257). Таким образом постулируется асимметрия Эдипального комплекса и его разрешения у обоих полов.

Target и Fornagy считают, что преимущественно отрицательная оценка отца в классическом психоанализе может быть валидной только для определенной социальной среды (традиционное общество) и не является универсально приемлемой, например, для

современного общества, где отец утратил свою традиционную роль в ядерной семейной структуре.

Современное общество акцептировало безответственность и бесчувственность одной из двух фигур, обеспечивающих потребность ребенка в близости, приводя к враждебности ребенка по отношению к этой фигуре. Враждебность – «здоровая» реакция на фрустрированную привязанность, окрашивающая соответствующее восприятие ребенком отца…».

Lebovici (1982) обнаруживает, что в сфере диадных фантазий о всемогущей матери проекция злости ребенка может приводить к тому, что мать воспринимается еще более опасной, в то время как желание к близости с ней содержит в себе угрозу регрессивного слияния.

Greenspan (1982) указывает на специфическую ранимость детей, обусловленную отсутствием или недосягаемостью отцов. Дети в такой ситуации не могут рассчитывать на поддержку третьего члена семьи-отца в их стремлении ускользнуть от влияния «фаллически агрессивной матери» (p. 135).

Отец должен поддержать агрессию ребенка и помочь ему преодолеть скорбь потери ранних отношений с матерью (p.49).

Burgner (1985) подкрепляет эту точку зрения результатами собственных клинических наблюдений. Автор приводит данные анализа развития детей, потерявших отцов в результате развода в течение первых пяти лет жизни. У детей сохранялась первичная нарциссическая интерференция как в саморазвитии, так и в половой идентичности: дети «прилипчиво и амбивалентно были привязаны к первичному объекту». Ребенок обладал способностью пережить Эдипальные отношения только в тех случаях, когда мать устанавливала продолжительные отношения с другим мужчиной. Другие варианты взаимоотношений содержали в себе главные компоненты преэдипальных фаз развития: примитивные страхи потери объекта и насыщенные тревогой желания близости.

Таким образом, отец выступает как фигура, реально противостоящая «защитной грандиозности материнско-детской диады».

Wisdom (1976) указывает на различный характер отношений ребенка к матери и отцу, особенно касающийся отстранения. Отец помогает ребенку воспринимать фрустрацию и переносить стрессирующие события. Отец, по мнению автора, осуществляет «penis introjection», в противоположность «breast introjection» матери, что имеет решающее значение в преодолении основных амбивалентностей, расщеплений и проекций параноидно-шизоидной позиции (Klein). Wisdom связывал женственность у мужчин не со страхом кастрации, а с «дополнительным гиперразвитием интроектов груди (“breast introjects”).

Итальянский психоаналитик Gaddini (1992) предлагает концепцию, согласно которой отец должен рассматриваться не как вторичный, а как первичный объект. «Мы можем считать его (отца) вторичным объектом, хотя более точно он мог бы быть описан как первый объект, приходящий к ребенку из внешнего мира» (p.398). Gaddini ссылается на сновидения, возникающие в процессе анализа: пациенты рассказывали об образе странного мужчины или о какой-то неизвестной фигуре, которая воспринималась ребенком как что-то крайне стрессирующее (сновидения о детском периоде жизни). Появление этого объекта угрожало потерей исходной идентичности с матерью, и в то же время акцентуировало необходимость достижения зрелых объектных отношений.

Pedersen et al. (1980) утверждают, что чем в большей степени отец вовлечен в раннюю заботу о ребенке, тем быстрее он развивается, социализируется и тем лучше противостоит стрессу.

Abelin (1976) подчеркивает роль отца как “наиболее завораживающего объекта», имеющего уникальное значение в процессе сепарации-индивидуации. Отец

воспринимается как более сильная фигура, к которой обращается ребенок в случаях конфликта с матерью.

В то же время Abelin считает, что отец не возникает в жизни ребенка «в чистой форме как будто из другого мира». Значение отца и матери для психической организации ребенка может быть идентичным, хотя не всегда их роли могут быть четко разграничены. Наличие различного влияния обоих родителей является необходимым условием развития самоидентификации.

Данные о возможности взаимозамещения ролей матери и отца противоречивы. Так, например, Prueff и Litzenberger (1992) акцентуируют внимание на случаях нормального развития детей в семьях, где главным лицом, осуществляющим заботу, был отец. У них не обнаруживались недостаточности в ego-функции или объектных отношениях, они проявляли активность, любознательность и меньший страх перед незнакомыми людьми. В то же время Chused (1986) обнаруживает, что разрешение Эдипального конфликта у женщин, воспитанных отцами, может приводить к возникновению нарциcстической ранимости, мазохистическому восприятию межличностных отношений, выраженной привязанности к мужчинам с одновременным страхом потери сексуального объекта, чрезмерной идеализации мужчин.

Многие психоаналитики считают, что отсутствие отца может приводить к формированию различных психических нарушений, включая нарушения психосексуального развития, эксгибиционизм, вуаеризм, антисоциальное поведение и др. (Neubauer, 1960; Rosen, 1979; Biller, 1981; Siegelman, 1974).

Как уже указывалось, Lacan (1958-1964) считает, что «имя отца» имеет символическое значение, оно структурирует вход ребенка в символический мир культуры, вводя его в мир символов и языка.

На связь роли отца с символическим мышлением указывает Sigel (1970). Развитие репрезентационного мышления происходит, согласно автору, из отделения отца от ребенка. Уход и приход отца из дома (в связи с рабочим циклом) вынуждает ребенка конструировать и развивать образ отца как абстрактной фигуры. Исследования Brooks-Gunn и Lewis (1979) показывают, что развитие способности к вербальному этикетированию образов отца происходит на несколько месяцев раньше, чем нахождение вербальных обозначений для матерей.

«Входы» и «исходы» отцов стимулируют, таким образом, абстрагирование и развитие символического мышления у детей. Мать способна усиливать и оживлять образ отца во время отсутствия последнего, стимулировать вхождение ребенка в обоюдный контакт и диалог с отцом (Beebe et al., 1997). Она может с помощью своих эмоциональных реакций модулировать контакты с отцом в положительном или отрицательном направлениях, проявляя, соответственно, тепло и любовь или холодность и отбрасывание.

Отношения с отцом являются организующим центром для развития идентичности. При этом физическое присутствие отца может быть не обязательным. Buckley (1985) приводит примеры сыновей, которые в отсутствии отцов были способны создавать треугольные структуры, используя суррогаты отца или образы фантазий.

В семейном треугольнике мать-отец-младенец важно восприятие последним отношений между матерью и отцом и то, как ребенок эти отношения себе представляет. Ребенок может не воспринимать отца даже в случаях его реального присутствия и, наоборот, воспринимать его при отсутствии. Это зависит от характера компромисса между акцептацией родительской функции и нарциccтическим диадическим отрицанием (Kirshner, 1992). Stern (1995) считает, что уже 4-5 месячный младенец способен вступать как в триадные, так и в диадные взаимодействия с родителями.

Чем в большей степени отец присутствует в семье как реальное лицо в добавление к его имиджу в психике ребенка, тем более успешна «триадификация».

Имидж отца в психике ребенка во многом зависит от матери, от ее желаний и установок, которые воспринимаются на бессознательном уровне.

Самовосприятие ребенка непосредственно связано с представленностью себя в психике матери или другого человека, осуществляющего заботу. Психологический образ себя находится под влиянием ранних восприятий того, что другие думают и чувствуют по отношению к нему. Ребенку необходимо развивать свой индивидуальный Self, а не оставаться носителем интроецированной репрезентации Другого. В противном случае имидж Self'a будет фальшивым, зависимым от присутствия Другого, фиксация на стремлении находить себя в психике Другого будет мешать формированию идентичности.

Target и Fornagy (2002) считают, что эти же закономерности имеют место при конструкции ранних триадных репрезентаций. Нарушение может возникнуть тогда, когда ранние диадные переживания задержали развитие чувства себя, особенно если это связано с влиянием матери. В тех случаях, когда восприятие отцом психического состояния ребенка неправильно или заблокировано (в связи с влиянием матери или отцовской нечувствительностью), отец займет пространство внутри Self-репрезентации ребенка, сливаясь с материнским объектом, а не отдельно от последнего. Такое развитие обусловливает слабость и неадекватность репрезентации отношений между Self'ом и объектом. Триадификация, возникшая внутри Self'a, оказывается нестабильной Self-структурой.

В благоприятных обстоятельствах мать и отец существуют в сознании ребенка как объектные репрезентации, независимые и отделенные от его Self-репрезентации. В патологических случаях первичные родительские объекты недостаточно отделены друг от друга и могут стать частью Self-репрезентации ребенка, что приводит к ее нарушению. Первичные репрезентации матери и отца неравнозначны. По мнению Target и Fornagy (1996), отец в этом случае выполняет специфическую функцию ослабления воздействия «патологического материнского влияния». Предупреждение или ослабление интроекции материнского имиджа в Self ребенка представляется потенциально значимым для дальнейшего развития ребенка.

Ребенок вовлечен в отношения с матерью, но вначале эти отношения не могут быть репрезентированы, они только переживаются. Третье лицо (отец) может помочь в создании репрезентации диадного отношения. Мать воспринимает переживание ребенком его отношений с отцом, репрезентирует это в своей психике (в виде Self'a) и предлагает эту репрезентацию ребенку.

В благоприятных условиях ребенок интернализует репрезентацию отношений как с матерью, так и с отцом. Важно подчеркнуть, что триада (ребенок-мать-отец) присутствует *в психическом содержании* ребенка, но находится *вне* его Self'a. Для нормального развития необходимо установление Self-объектного отношения (Self-отец; Self-мать) в психическом содержании, а не Self-Self отношения, при котором воображаемые имиджи родителей входят в структуру Self'a. В последнем случае привязанность к Другому (одному или обоим родителям) превращается в привязанность к себе. Чувства к Другому становятся чувствами к себе, интегрированными в Self-структуру, и оказываются вне контроля и возможности изменения. Единственным способом справиться с непереносимыми Self-переживаниями является экстернализация с восприятием Другого как непереносимой части своего Self'a» (Target, Fornagy, 2002).

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ СКАЗКИ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

В развитии ребенка большое значение имеют сказки. Психоаналитическое рассмотрение сказок представляет собой особый раздел, который фактически не освещался в рамках классического подхода. Необходимость рассмотрения этого вопроса объясняется тем, что сказки одновременно обращаются своим содержанием к различным уровням личности. Воздействуя на ребенка, сказки оказывают влияние на различные

структуры психического аппарата: на сознательную, пресознательную и бессознательную сферы, затрагивая универсальные гуманистические проблемы и, в частности, те, которыми озабочен ребенок. Сказки способствуют развитию ego. В то же время они снимают напряжение, связанное с давлением пресознательных и бессознательных материалов. Воздействие сказок на давление id связано с тем, что они демонстрируют способы удовлетворения бессознательных желаний и потребностей и то, что эти желания и потребности оказываются соответствующими требованиям ego и superego.

Ребенок в своей жизни оказывается перед лицом разных психологических проблем, связанных со взрослением. Он должен преодолеть нарциcстические разочарования и комплексы, проблемы Эдипального периода, ревности к сиблингам. Ребенку необходимо развитие достижений соответствующей его возрасту идентичности и самооценки, соответствующей моральным требованиям.

Он должен научиться понимать, что происходит в его сознании и в то же время быть способным справляться с процессами, которые происходят в бессознательной сфере.

Ребенок не может справиться с этими процессами рациональным образом, особенно, если это касается воздействия его бессознательной сферы.

Способом решения этих проблем являются сны наяву. Он включает воображение и фантазирует на различные темы. Эти фантазии позволяют ему перестроить разнообразные элементы различных фрагментов действительности и выстроить мышление по желанию.

В этом процессе огромное значение имеют сказки, поскольку они открывают воображению ребенка новые возможности, которые сами по себе раскрыться не могут. Форма и структура сказок направляет структурирование воображения и снов наяву. Образы, взятые из содержания сказок, позволяют найти новые подходы к решению проблем, которые ставит перед ребенком окружающая его реальность.

Для ребенка, как и для взрослого, бессознательное представляет собой чрезвычайно сильный детерминант поведения. Если бессознательные материалы подавлены и не имеют возможности быть осознанными, то сознание частично заполняется дериватами этих бессознательных элементов, которые внедряются в сознание и тут же подавляются. Необходим постоянный ригидный контроль над бессознательным. Находясь в зоне этого контроля, личность в значительной степени изменяется и обедняется. Если бессознательный материал в какой-то степени имеет возможность осознаваться и прорабатываться с помощью воображения, его отрицательный потенциал и способность причинить вред в значительной степени снижаются. Более того, сила бессознательных импульсов может быть использована в различных положительных направлениях.

Одной из ошибок родительского воспитания является неправильное мнение о том, что ребенок любой ценой должен напрямую откликаться на все то, что его тревожит, т.е. отвлекаться от свободно плавающей тревоги, различных неоформленных образов и неприятных, угрожающих его благополучию, фантазий.

Многие родители уверены в том, что ребенок должен ориентироваться только на окружающую его жесткую сознательную реальность и на все то, что находится в пределах четко достигаемых целей. Если, например, речь идет об исполнении желаний, то они должны быть только положительными, отражающими исключительно светлую сторону жизни.

Такое одностороннее воспитание делает ребенка беззащитным перед лицом проблем и требований, которые предъявляет ему жизнь. Он не приобретает возможности понять, что многое зависит от его собственной природы, от той стороны его личности, которая иногда эгоцентрична, агрессивна, гневлива, тревожна и охвачена страхом.

Ребенок должен понимать, что он далеко не всегда может быть хорошим, и что эта «нехорошесть» не должна восприниматься как трагедия, как свойство, которое должно скрываться и осуждаться. Претензия на то, что закрытая темная сторона личности не существует, по сути дела приводит к тому, что в ребенке закладываются элементы, способствующие его дезадаптации к жизни.

Знакомство ребенка со сказкой позволяет ему понять, что жизнь включает в себя трудности, борьба с которыми необходима. Она является внутренней частью человеческого существования. Возникшие препятствия не могут быть игнорированы. Они должны преодолеваться.

Bettelheim (1989) обращал внимание на то, что авторы многих рассказов, написанных для детей, сознательно избегают важных экзистенциальных проблем. Ребенок лишается возможности познакомиться с ними, хотя ему необходимо в символической форме получать суггестии, содержанием которых являются способы преодоления трудностей и развития своей зрелости. В таких рассказах как бы случайно упоминается о смерти, старении; границах человеческого существования и желании вечной жизни. В результате ребенок жестко конфронтируется с этими основными экзистенциальными данностями.

Так, например, многие сказки начинаются с факта смерти матери или отца. Смерть одного из родителей создает чрезвычайно острую проблему, столкновения с которой боятся в реальной жизни.

В других сказках говорится о старом отце, который решает дать дорогу новому поколению, но для этого его сыновья должны доказать что они способны на поступок. Так, например, одна из сказок братьев Гримм начинается с того, что однажды жил король, у которого было три сына. Когда он стал старым и слабым, он задумался о том, что его жизнь подходит к концу, и он должен решить, кто же из сыновей унаследует его царство. И отправил король своих сыновей для решения трудной задачи. Тот, кто справится с ней лучше всех, станет королем после смерти отца.

Характерной особенностью сказок является краткое и четкое изложение типичных экзистенциальных проблем. Сказки упрощают сложные ситуации. Их герои четко вырисованы, все незначительные детали устранены, образы типичны. Зло представлено как некая огромная сила.

Добро и зло обличено в образах героев, которые совершают определенные действия. Свойства добра и зла присутствуют в каждом человеке. Этот дуализм очень важен как моральная проблема, как задача, которую необходимо решить. Сказочное зло не лишено привлекательности. Его могут символизировать и могущественный гигант, и великан, и дракон, и ведьма, и умная, хитрая Снежная Королева. Во многих сказках зло временно побеждает добро, узурпируя на какое-то время власть. Таков, например, сюжет «Золушки», в котором зло олицетворяют мачеха и две её дочери.

Значение одной и той же сказки для ребенка в различные возрастные периоды может изменяться. Можно многое понять, если обращать внимание на то, как ребенок реагирует на ту или иную сказку. Если он не проявляет к ней особого интереса, значит его общая настроенность, его мышление и его бессознательная сфера не готовы воспринять содержание сказки. Это значит что сюжет не вызывает каких-либо значительных реакций в этот конкретный период его жизни. В таком случае лучше в следующий раз рассказать какую-то другую сказку.

В результате проб и ошибок можно найти именно тот рассказ, который оказывается для ребенка наиболее важным. Это определяется по его непосредственной реакции, которая может быть очень выраженной. Ребенок будет просить, чтобы ему читали сказки несколько раз. Он не устает от ее содержания, выражая готовность слушать ее снова и снова.

Интерес ребенка иногда вызывает аналогичную реакцию родителей, для которых эта сказка также становится важной. Как только ребенок перестает проявлять к сказке повышенный интерес, она должна быть заменена другой, способной произвести на него не менее сильное впечатление. Если внимательные и эмпатические родители правильно оценивают ситуацию и понимают, почему содержание сказки так эмоционально затронуло ребенка, то очень важно для обеих сторон не объяснять это ребенку, а сохранить это понимание для себя.

Наиболее важные переживания и чувства ребенка находятся в бессознательной сфере. Они должны концентрироваться там до тех пор, пока ребенок не достигнет более зрелого возраста и более зрелого понимания. Если ребенку объяснять его бессознательные мотивы, чувства и мысли, это будет способствовать тому, чтобы он их осознавал. Для сохранения психологического комфорта ребенка, он должен удерживать их до определенного возрастного периода в бессознательной или пресознательной сфере. Для ребенка важно и то, чтобы родители при чтении сказок разделяли его эмоции и радовались вместе с ним. В то же время ребенок не настроен на то, чтобы его внутренние «недодуманые» до конца и не понятные ему самому мысли стали известны родителям. Если родитель вмешивается в этот процесс, ребенок лишается возможности поведать ему о них в виде особой тайны. На определенном этапе развития для него это очень важно.

Если ребенок схватывает бессознательные или полностью неосознанные мотивы, это может приводить к тому, что фигура такого родителя начинает казаться ему слишком сильной или даже угрожающей его независимости. Понятно, что это отнюдь не способствует росту его самооценки.

Любое преждевременное раскрытие содержания, помощь в его осознании и рационализация удовольствия, которое ребенок получает при знакомстве со сказкой, приносит отрицательный результат потому, что лишает ребенка удовольствия и возможности самому раскрыть её содержание. Несмотря на то, что интерпретация сказки взрослым человеком в ряде случаев бывает абсолютно правильной, она лишает ребенка ощущения возможности самостоятельного понимания ситуации и решения проблемы в процессе повторного прослушивания сказки. Рассуждая и фантазируя, ребенок растет, находит смысл жизни, обучается понимать и самостоятельно решать многие проблемы. Объяснения взрослых не способствуют творческому развитию ребенка.

Сказки всегда обогащают ребенка. Их язык отличается от обычного тем, что он использует символы и оперирует событиями и явлениями, которые не встречаются в каждодневной реальности. Большинство сказок начинается примерно так: «В некотором царстве, некотором государстве,…тысячу лет тому назад,…в то время, когда животные еще могли разговаривать и пр.».

Место, в котором разворачиваются сказочные события, как правило, находится в каком-то очень отдаленном и глухом уголке, например, в глубине густого леса, в котором очень легко заблудиться.

Начало такого рода символизирует, что речь идет о том, что отличается от обычной реальности. Сказка уводит ребенка от обычной действительности в какие-то недоступные места, старые замки, леса, болота, закрытые помещения, в которые запрещено входить. Сюжет символизирует то, что глубоко скрыто в бессознательном. В сказке это бессознательное проявляет себя. Само понятие «давным-давно» свидетельствует о том, что речь идет об очень отдаленном периоде времени и суггестирует ребенка к фактическому погружению в архаический период и совершенно другой мир. При этом обычно подчеркивается абсолютная уникальность событий, которые будут происходить.

Важно обратить внимание на то, что временные, пространственные координаты сказки - это не координаты внешней реальности. Это скорее состояние всей психической структуры. Содержание бессознательного глубоко спрятано и вместе с тем оно что-то напоминает ребенку. Прикосновение к этому содержанию вызывает очень сильные эмоции. Оно может вызывать неосознанный страх и, в то же время, привлекает своей необычностью и какими-то скрытыми возможностями, которые, может быть, будет можно реализовать. В этом содержании всегда находится элемент надежды. То, что сказка не связана со специфическим временем и точным местом, то, что в ней отсутствует логическая последовательность событий и рациональность, подчеркивает взаимосвязь сказки с первичным процессом.

Оперируя элементами первичного процесса, сказка создает целую систему всегда логически несвязанных, но вместе с тем оказывающих сильное воздействие на ребенка

образов. Полностью неосознаваемая стимуляция бессознательного затрагивает его глубинные структуры. Очевидно, можно говорить о том, что сказка стимулирует юнговское коллективное бессознательное, позволяя путешествовать по психике в архаическое царство бессознательного. Сказка погружает ребенка в мир фантастических событий и возвращает его в реальный мир в каком-то смысле обновленным.

Bettelheim сравнивает возвращение из сказки в реальный мир с возвращением из сновидения, которое нередко вызывает у проснувшегося ощущение свежести.

Известно, что у человека, который спит без сновидений под влиянием средств, подавляющих пароксизмальный сон, снижется способность к творческому осознанию реальности. В результате он хуже справляется с реальными проблемами. У него возникает состояние эмоционального дискомфорта, чувство внутреннего неблагополучия, поскольку бессознательные процессы оказываются непроработанными во время сна.

То же происходит и в отношении сказки. Дети, лишенные возможности знакомства со сказкой, чувствуют себя в психологическом смысле хуже, чем те, кто имеет возможность слушать их, т.к. сказки помогают ребенку прорабатывать давление бессознательного в фантазиях.

Наблюдения Bettelheim показали, что сновидения взрослых людей, которые не слушали сказок в детстве, характеризуются менее богатым и менее выразительным содержанием. Психические функции, связанные с творческой зоной, у таких людей могут быть подавленными. Если же детей знакомили с достаточно большим количеством сказок, то их «взрослые» сновидения отличались значительно большим разнообразием и выраженной яркостью.

Bettelheim обратил внимание, что рассказы, которые по содержанию приближаются к реальности, например, тем, что происходят в каких-то знакомых ребенку местах, в которых фигурируют действующие лица, напоминающие ребенку родителей или знакомых, а не каких-то дровосеков, принцесс или королей, способны запутать ребенка в отношении того, что в них реально, а что нет.

Аналогичный вывод автор сделал относительно рассказов, в которых реалистические элементы сочетаются с фантазиями и мышлением по желанию. Такие рассказы часто не соответствуют внутренней реальности ребенка. Несмотря на их возможную связь с внешней реальностью, они по сути дела расширяют пропасть между внутренними и внешними переживаниями ребенка. В каком-то смысле такие рассказы могут даже отдалять ребенка от мира взрослых и, в частности, от родителей, поскольку он начинает чувствовать, что он и они принадлежат к различным духовным мирам, в достаточной степени эмоционально не связанным друг с другом. Это может способствовать определенной алиенации между родителями и ребенком.

Если ребенку рассказывать только близкие к реальности истории и не читать ему сказок, он может прийти к заключению, что его внутренняя реальность не приемлема для мира в целом и для его родителей, в частности.

Таким образом, ребенок отчуждает себя не только от родителей, но и от своей внутренней жизни, что, несомненно, является значимым отрицательным фактором. Ребенок, таким образом, лишается очень многого. Последствия такого отчуждения могут быть различны.

Став подростком, ребенок может ещё больше отдалиться от родителей. У него могут возникнуть ненависть к реальному миру, уход и бегство в фантазии для того, чтобы наверстать упущенное и погрузиться в то, чего он был лишен в детском периоде жизни.

В более позднем взрослом периоде жизни это может привести к серьезному разрыву с реальной действительностью, к развитию аутизма с рядом отрицательных последствий для карьеры и дальнейшей социальной жизни.

Возможны и другие, более благоприятные варианты, проявляющиеся в отгороженности от своего внутреннего Я в течение всей жизни.

Осторожность, избегание окружающей обстановки, отсутствие удовлетворенности от социальной жизни, отчуждение от своих бессознательных процессов приводят к неспособности обогатить свою жизнь за счет энергии материалов бессознательной сферы. Человек проживает лишенную удовольствий и эмоционально бессодержательную жизнь. Качество жизни при этом, естественно, нарушается, жизненный потенциал не реализуется, жизнь оказывается серой, тусклой и неполной.

Ребенок, не захваченный внутренними психическими процессами, может хорошо адаптироваться к жизни и справляться с её проблемами соответствующим возрасту способом.

Однако, несмотря на его способность решать жизненные проблемы, наблюдение за таким ребенком выявляет узость и ограниченность его жизненного репертуара.

Для того, чтобы справиться с сильным внутренним давлением бессознательных процессов, необходимо каким-то образом их экстернализировать. И здесь на помощь приходят сказки. Выбрать что-то другое, подходящее для ego-экстернализации, ребенок самостоятельно неспособен. Его внешние переживания переплетаются и путаются с внутренними. Ребенок не может упорядочить внутренние переживания и придать им осознанный смысл.

Значение сказок заключается в том, что они предлагают фигуры, посредством которых ребенок может экстернализировать то, что происходит в его сознании контролируемым образом.

Сказки учат ребенка способам облачения даже самых деструктивных желаний в приемлемую форму. Они помогают ему получить желаемое удовлетворение, идентифицировать себя с чем-то или кем-то, придумать и развить содержание сказки. Ребенок может, например, спроецировать свои бессознательные страхи на какой-то деструктивный образ, например, ведьмы, опасного зверя и др. В результате наступившей разгрузки и снятия напряжения снижается риск быть охваченным неуправляемым хаосом бессознательных импульсов.

Сказки развивают и укрепляют надежды ребенка. В ряде сказок даже самым незначительным достижениям придается чрезвычайно большое значение. Сказки суггестируют ребенка, что эти небольшие достижения могут приводить к чудесным превращениям и последствиям («Small is beautiful» - «Малое прекрасно»).

Освобождение животного, умение поделиться хлебом с незнакомцем – эти события в сказках могут приводить к очень большим свершениям. Содержание таких сказок стимулирует ребенка к доверию к свершению собственных реальных небольших достижений, которые очень важны. Результаты такого доверия проявятся в будущем, и этот факт воспринимается ребенком как очень обнадеживающий. Одна лишь убежденность в том, что такие возможности случаются и реализуются, приводит к тому, что ребенок легче воспринимает и решает различные жизненные проблемы.

Литература

Китаев-Смык Л.А. (1983) Психология стресса. М., – 367 с.

Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. (1975) К вопросу о патологии воображения при височной эпилепсии. В: Эмоции и воображение (Банщиков, Короленко, Завьялов, ред.) Москва, Всероссийское научное общество невропатологов и психиатров, с.92-99.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. (2000) Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга». – 460с.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. (2003) Психология созависимости. В: Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов. –Новосибирск: Изд-во НГПУ., с.24-34.

Магомед-Эминов М.Ш. (1996) Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского Университета, - №4. – с. 47-61.

Abelin, E. (1971) The Role of the Father in the Separation-Individuation Process. In I. McDevitt, C. Settlage (Eds.) Separation-Individuation. New York : International Universities Press.

Abelin, E. (1976) Some Further Observation and Comments on the Earliest Role of the Father. International Journal of Psycho-Analysis, 56, 293 – 301.

Abraham, K. (1927) A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders. In Selected Papers. London: Hogarth Press, 442-453.

Abraham, K. (1973) Selected Papers of Karl Abraham. London: Hogarth Press.

Adler, A. (1908) Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. Fortschritte der Medizin.

Adler, K. (1958) Life Style in Schizophrenia. Journal of Individual Psychology. 14, 68-72.

Ansbacher, H., Ansbacher, R. (1956) The Individual Psychology of Alfred Adler. New York: Harper Torchbooks.

Arieti, S. (1962) Psychotherapy of Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 6 (2), 112-122.

Azima, H. (1963) Object Relations Therapy of Schizophrenic States: Technique and Theory. Psychiat. Res. Rep. Amer. Psychiat. Assn., 17, 30-39.

Bacal, H., Neuman,K.(1990) Theories of Object Relations: Bridge to Self Psychology. New York: Columbia University Press.

Bak, R. (1943) Dissolution of the Ego: Mannerism and Delusion of Grandeur. Journal of Nervous and Mental Diseases. 98, 457-464.

Balint, M. (1959) Thrills and Regressions. London: Hogarth.

Balint, M. (1965) Primary Love and Psycho-Analytic Technique. London: Tavistock.

Balint, M. (1968) The Basic Fault. London: Hogarth Press.

Balint, E. (1991) “Commentary”. Psychoanalytic Dialogues 1.4, 423-430.

Bateman, A. (1998) Thick-and Thin-Skinned Organizations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. In: International Journal of Psycho- Analysis. v.79.13-26.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1956) Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264.

Bateson,G.(1972) Steps to an Ecology of Mind. New York: Chandler.

Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. (1997) Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations Psychoanalytic Dialogues.Y. 7, 113 – 182.

Benedek, T. (1953) Dynamics of Countertransference. Bulletin of the Menninger Clinic 17, 201-208.

Benedek, T. (1970) The Psychology of Pregnancy In E. Anthony and T. Benedek (eds.) Parenthood. Boston : Little, Brown, 137 – 151.

Bergmann, M.(1987) The Anatomy of Loving: The Story of Man's Guest to Know What Love is. New York: Columbia University Press.

Bettelheim, B. (1962) Symbolic Wounds, Puberty Rites and the Envious Male. New York: Collier Books.

Bettelheim, B. (1989) The Uses of Enchantment. The Meaning and Importance of Fairy Tales. New York: Vintage Books.

Bexton, W., Heron W., Scott T. (1954) Effects of Decreased Variation in the Sensory Environment. Canadian Journal of Psychology. 8, 70-76.

Bilikiewicz, T. (1960) Psychiatria Kliniczna. Warszawa: PZWL.

Biller, H. (1981) The Father and Sex Role Development In M. Lamb (ed.). The Role of the Father in Child Development. New York, Wiley, 319 – 358.

Bion,W.(1955) Group Dynamics: A Re-view. In: M.Klein, P.Heiman, R.Money-Kyrle (eds.) New Directions in Psycho-Analysis (440-447). London:Maresfield Reprints.

Bion, W. (1959) 1961) Experience in Groups and other Papers. New York : Basic Books.
Bion, W. (1963) 1977) Elements in Psychoanalysis In Seven Servants. New York : Aronson, 1 – 110.

Bion, W. (1959) Experiences in Groups. New York: Basic Books.

Bion,W.(1965) Clinical Aspects of Male Homosexuality. New York: Basic Books.

Bion, W. (1977) Learning From Experience. New York: Seven Servants. Aronson.

Blatt, C., Wild (1976) Schizophrenia: a Developmental Analysis: New York: Academic Press.

Blatt, S. (1974) Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. Psychoanalytic Study of the Child, 24, 107-157.

Bleandonu, G. (1994) Wilfred Bion. His Life and Works (1897-1979). London : Free Association Books.

Bleger, J. (1967) Psychoanalysis in the Psycho-Analytic Frame. International Journal of Psycho- Analysis, 48, 511-519.

Bleuler, E. (1911) Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophenien In : Ashaffenburg, 9 : Handbuch der Psychiatrie. Leipzig : Deuticke.

Blume,E. (1991) Secret Survivors. Ballantine Books.

Bollas, Ch.(1987) The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known. New York: Columbia University Press.

Bollas, Ch.(1989) Forces of Destiny. London: Free Association Press.

Bollas, Ch.(2002) Free Association. Cambridge: Totem Books.

Bowers,K. (1984) On Being Unconsciously Influenced and Informed. In: The Unconscious Reconsidered (Bowers, K., Meicherbaum, D., (Eds.) New York: Wiley. 227-272.

Brenner, Ch. (1955) An Elementary Textbook of Psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Brenner, Ch. (1982) Mind in Conflict. New York: International Universities Press.

Breuer, J., Freud, S. (1893-1895) Studies on Hysteria. SE. London. Hogarth Press.Britton, R. (1998) Belief and Imagination. London:Routledge.

Bromberg, P. (1994) Speak! That I May See You. – Some Reflection on Dissociation, Reality and Psychoanalytic Listening. Psychoanalytic Dialogue 4: 517-548.

Brooks – Gunn, J., Lewis, M. (1979) «Why Mama and Papa?». The Development of Social Labels. Child Development, 50, 1203 – 1206.

Bruner,J. (1986) Actual Minds, Possible Words. Cambridge, MA.: Harvard University Press.

Buckley, P. (1985) Determinants of Object Choice in Adulthood : a Test-Case of Object-Relations Theory. Journal of the American Psychoanalytic Association, 33, 841 – 860.

Burger, M. (1985) The Oedipal Experience: Effects on Development of an Absent Father. International Journal of Psycho-Analysis, 66. 311 – 319.

Burgess, E. (1923)The Family as Unity of Interactive Personalities Family, 7, 3-9.

Burgess, E., Locke, H. (1953) The Family. New York: American Book Co.

Byrd, R. (1938) Alone. N.Y.: Putnam.

Cameron, N. (1938) Reasoning, Regression and Communication in Schizophrenics. Psychol. Monogr. 50., Whole Nr 221.

Cameron, N. (1939) Deterioration and Regression in Schizophrenic Thinking. Journal of Abnormal Social Psychology 34, 265-270.

Cameron, N. (1943) The Development of Paranoid Thinking. Psychological Review 50, 219-233.

Cath, S., Gurwitt, A., Ross, J. (1982) Father and Child. Boston : Little, Brown.

Chessick, R. (1986) Transference Countertransference Revisited. Dynamic Psychotherapy 4, 14-30.

Chused, J. (1986) Consequences of Paternal Nurturing Psychoanalytic Study of the Chilld, 41, 419 – 438.

Coren, S. (1996) Sleep Thieves. New York: Free Press.

Cote,J., Livine.C. (1988) The Relationship Between Ego Identity Status and Erikson's Notions of Institutionalized Moratoria, Value Orientation Stage and Ego Dominance. Journal of Youth and Adolescence. 17,81-99.

Davies, J. (1996) Linking the "Pre- Analytical" with the Postclassical. Contemporary Psychoanalysis, 32: 553-576.

Deanne, W., Brooks, G. (1963) Chronic Schizophrenics View Recovery. J. Existent. Psychiat. IV (14), 124-130.

Dewald, P.(1972) The Psychoanalytic Process. New York: Basic Books.

Donald, M. (1991) Origins of the Modern Mind. Cambridge, MA.: Harvard University Press.

Dorpat, Th. (1974) Drug Automatism, Barbiturate Poisoning and Suicide Behavior Archives of General Psychiatry, 31, 216-220.

Dorpat, Th. (1985) Denial and Defense in the Therapeutic Situation.
New York: Aronson.

Dorpat, Th., Miller, M.(1992) Clinical Interaction and the Analysis of Meaning. Hillsdale, N.Y.: The Analytic Press

Dowling,S.(1990) Fantasy Formation: A Child Analyst's Perspective.J.Amer. Psychoanal. Assn.38:93-111.

Draguns, J. (1981) The History, Issues and Current Status of Cross-Cultural Work. In A.Marsella, P.Pedersen (Eds). In Cross-Cultural Counselling and Psychotherap. New York: Pergamon.

Dreikurs, R. (1958) Musictherapie mit Psychotischen Kindern. In Teirich, H. (Ed.) Music in der Medizin Stuttgart: Fischer, 68-76.

Elsors, P.(2001) PTSD in Two Latin American Locatities ,v.38,3. September.

Erikson, E. (1959) Identity and the Life Cycle. Selected Papers. Psychological Issues, 1. New York: International Universities Press.

Erikson, E. (1968) Identity: Youth and Crisis. New York: Norton.

Etchegoyen, A. (2002) Psychoanalytic Ideas about Fathers In J. Trowell and A. Etchegoyen (Eds.) The Importance of Fathers. London: The New Library of Psychoanalysis, 20 – 41.

Fairbairn, R. (1952) Collected Papers. London: Hogarth Press.

Fairbairn, W. (1943) The Repression and the Return of Bad Object. In: An Object-Relations Theory of Personality. New York: Basic Books.

Fairbairn, W. (1952)An Object-Relations Theory of Personality. New York: Basic Books.

Fairbairn, W. (1994) From Instinct to Self: Selected Papers v.1-2. E.Birtles.D.Sharff (Eds.). Northvale, New York: Aronson.

Fast, J.(1985) Event Theory. Hillsdale,N.Y.Lawrence Erlbaum Associates.

Federn, P. (1956) Ego Psychology and the Psychoses. New York: Basic Books.

Fenichel, O. [1937] (1954) Early Stages of Ego Development. In The Collected Papers of Otto Fenichel. H. Fenichel, D. Rapaport (Eds.). Second Series. New York: Norton.

Fenichel, O. (1954) The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York. Norton.

Ferreira, A. (1960) The Semantics and Content of the Schizophrenic Language. Archive of General Psychiatry 3, 128-138.

Ferenczi, S. (1925) Psychoanalysis of Sexual Habits. International Journal of Psycho-Analysis, 6, 372-404.

Fisher,C.(1956) Dreams, Images, and Perceptions: a Study of Unconscious- Preconscious Relationships. Journal of American Psychoanalytic Association, 4: 5-48.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York: Other Press.

Fordham, F. (1964) An Introduction to Jung's Psychology. Harmonds Worth: Penguin Books.

Fosshage,J. (1983) The Psychological Function of Dreams: A Revised Psychoanalytic Perspective. Psychoanal. Contemp. Thought, 6, 641-669.

Freud, S. (1900) The Interpretation of Dreams. SE., 4.5. London: Hogarth Press.

Freud, A. (1936) The Ego and the Mechanisms of Defense. New York: International Universities Press.

Freud,S. (1904) Freud's Analytic Procedure. S.E.,7, London: Hogarth, 251.

Freud,S. (1904) The Psychopathology of Everyday Life. London, 1966. SE., London: Hogarth, 6.

Freud,S. (1905) Jokes and their Relation to the Unconscious. SE., 8, London: Hogarth, 164.

Freud, S. (1908) On the Sexual Theories of Children. SE., 9, London: Hogarth, 207 – 226.

Freud,S. (1913) On Beginning the Treatment. SE., 12, London: Hogarth, 135.

Freud,S. (1914) On Narcissism. SE., 14, London: Hogarth.

Freud,S. (1916a) Introductory Lectures on Psychoanalysis. In: SE., 25, London: Hogarth, 34.

Freud,S. (1916в) Introductory Lectures on Psychoanalysis. In: SE., 25, London: Hogarth, 171.

Freud, S. (1917) Introductory Lectures on Psycho-Analysis. SE.,16, London: Hogarth, 243-256.

Freud, S. (1920) Beyond the Pleasure Principle. London, 1950. S.E., London: Hogarth, 18.

Freud, S. (1923) 'Two Encyclopaedic Articles S.E., London: Hogarth,19.

Freud,S. (1923a) Two Encyclopaedia Articles. SE.,18. London: Hogarth Press, 238.

Freud,S. (1923b) The Ego and Id. SE., 19. London: Hogarth, 3-63.

Freud, S. (1923c) The Infantile Genital Organization. SE., 19., London: Hogarth, 141 – 145.

Freud, S. (1924) The Dissolution of the Oedipus Complex. SE., 19, London: Hogarth, 173 – 179.

Freud, S. (1925) Some Psychical Consequences of the Anatomical Distinction between the Sexes In J. Strachey (Ed.) SE., 19., London: Hogarth, 248 – 258.

Freud, S.(1927) “Humour”. In SE.,21, London: Hogarth.

Freud, S. (1931) Female Sexuality. SE., 21, London: Hogarth, 233 – 243.

Freud,S. (1933) New Introductory Lectures on Psycho-Analysis, SE., 22, London: Hogarth,129.

Freud,S. (1933) New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. SE., 22, London: Hogarth, 1-182.

Frosch, Y. (1967) Severe Regressive States During Analysis: Introduction and Summary. Journal of the American Psychoanalytic Association. 15, 491-507, 606-625.

Fromm- Reichmann, F. (1948) Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. Psychiatry. 11, 263-282.

Fromm- Reichmann, F. (1954) Psychotherapy of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 3,6.

Gabbard, G. (1996) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press.

Gaddini, E. (1992) A Psychoanalytic Theory of Infantile Experience. London: Routledge, 83 – 89.

Gedo,Y., Goldberg (1973) Models of the Mind. Chicago: University of Chicago Press.

Goldberg,A.(1990) Disorders of Continuity. Psychoanalytic Psychology, 7,13-28.

Gorkin, M. (1987) The Uses of Countertransference. Northvale. New Jersey. Aronson.

Greenspan, S. (1982) The Second Other In S. Cath, A. Gurwitt and J. Ross (Eds.) Father and Child Development and Clinical Perspectives. Boston: Little Brown, 123 – 139.

Greenberg, R.P., Fisher, S. (1983) Freud and the Female Reproductive Process. Tests and Issues. In J. Masling (Ed.) Empirical Studies of Psychoanalytic Theories. v.1. Hillsdale, N.Y. Analytic Press, 251-281.

Greenberg, J., Mitchell,S.(1983) Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge.,M.A.: Harvard Universities Press.

Greenson, R. (1967) The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Greenson, R. (1974) Loving, Hating and Indifference Towards the Patient. International Review of Psycho- Analysis. 30, 69-74.

Hadfield, J. (1964) Dreams and Nightmares. Baltimore: Penguin Books.

Hartman (1939) Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York: International Universities Press.

Hartmann, H. (1948) Comments on the Psychoanalytic Theory of Instinctual Drives. In Essays on Ego Psychology. New York: International Universities Press, 69-89.

Hedges, L. (2000) Terrifying Transferences. After shoes of Childhood Trauma. London: Aronson.

Heimann, P., Isaacs,S. (1952) «Regression». In Developments. 185-186.

Heimann, P. (1956) Dynamics of Transference Interpretations. International Journal of Psychoanalysis 37, 303-310.

Hillman, J. (1976) Revisioning Psychology. New York: Harper Perennial.

Holmes, J. (2001) The Search for the Secure Base. London: Brunner-Routledge.

Holmes, J. (2002) Narcissism. In: On a Darkling Plain., Cambridge: Icon Books. 173-203.

Hopcke, R.H. (1995) Persona, Where Sacred Meets Profane. Boston, London: Shambhala, 209-212.

Horowitz, M. (1986) Stress response syndromes. 2nd ed. – Northvale, NJ: Aronson.

Horowitz, M., Weiss, D., Marmar, C. (1987) Diagnosis of posttraumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis. 175, 5, 267-268.

Horowitz, M. (1988) Introduction in Psychodynamics. New York: Basic Books.

Jackson, D. (1963) A Suggestion for the Technical Handling of Paranoid Patients. Psychiatry 26, 306-307.

Janis, J. (1983) Victims of Groupthink. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Jarosz, M. (1978) Psychologia i Psychopatologia. Zycia Codziennego. Warszawa: PZWL.

Jaspers, K. (1962) General Psychopathology. Manchester: Manchester University Press.

Jones, E. [1911] (1938) The Pathology of Morbid Anxiety. In: Papers in Psychoanalysis 4th Edition. London: Bailliere, Tindall and Cox.

Jones, E. (1972) Reflections on the Problem of Religions Experience. Journal of the American Academy of Religion. 40: 445-453.

Jones,J.(1991) Contemporary Psychoanalysis and Religion. New Haven, London: Yale University Press.

Jung, C. (1964) Man and His Symbols. New Haven: Yale Universities Press.

Jung, C.(1974) Dreams London: Routledge and Kegan Paul, 9-11.

Kaplan, H., Sadock, B. (1991) Synopsis of Psychiatry and Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry 6th Edition, Baltimore, M.A.: Williams, Wilkins.

Kepinski, A. (1972) Schizofrenia. Warszawa: PZWL.

Kernberg,O.(1975) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: New York Universities Press.

Kernberg,O.(1976) Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Aronson.

Kernberg,O.(1984) Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press.

Kernberg,O.(1989) An Ego Psychology Object Relations Theory of the Structure and Treatment of Pathologic Narcissism. An Overview. Psychiatric Clinics of North America, 12,723-729.

Kernberg,O.(1991) Aggression and Love in the Relationship of the Couple. Journal of the American Psychoanalytical Association, 39,45-70.

Kihlstrom, J. (1987) The Cognitive Unconscious Science, 237: 1445-1952.

Kirshner, L. (1992) The Absence of the Father. Journal of the American Psychoanalytic Association, 40, 1117 – 1138.

Kittay, E. (1998) Gender and Envy. New York: Routledge, 171-197.

Klein, M. (1928) 1975) Early Stages of the Oedipus Conflict In Love, Guilt and Reparation and Other Works (1922 – 1945). London: Hogarth Press,186 – 198.

Klein, M. (1932) The Psycho-Analysis of Children London, Karnac Books, 1998.

Klein, M. (1932) The Psycho-Analysis of Children London: Hogarth.

Klein, M. (1933) The Early Development of Conscience in the Child, In Contributions, Passim. (цит.по Laplanche, J., Pontalis, J-B., 1988).

Klein, M. ([1932] 1975) The Psychoanalysis of Children. London: Hogarth Press.

Klein, M. ([1945] 1975) The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties. In Live, Guilt and Reparation and Other Works (1921-1945). London: Hogarth Press, 370-479.

Klein, M. (1946) Notes on Some Schizoid Mechanisms. In Envy and Gratitude and Other Works (1946-1963). New York: Delacorte.

Klein, M. (1950) Contibutions to Psycho-Analysis. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1952) Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant. In Developments, 2., 206.

Klein, M. (1986) The Selected Melanie Klein. (J.Mitchell (ed.). Harmondsworth: Penguin.

Klein,G.(1976) Psychoanalytic Theory. Dreaming and Memory. New York: Basic Books.

Kohut,H., Seitz,P.(1963) Three Self Psychologies- or One? In: Goldberg,A (ed.) The Evolution of Self Psychology: Progress in Self Psychology.v.7. Hillsdale, N.Y.: Analytic Press.p.20.

Kohut, H. (1971) The Analysis of the Self: a Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of the Narcissistic Personality Disorders. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1971) The Psychology of the Self. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1973) Narcissismus – Eine Theorie der Psychoanalytischen Behandlung Narcissistischer Personlichkeitsstorungen. Frankfurt: Suhrkamp.

Kohut, H. (1977) The Restoration of the Self. New York: International Universities Press.

Kohut,H.(1984) How Does Analysis Cure? (Goldberg, A., Stepansky,P., Eds.) Chicago: University of Chicago Press.

Korolenko, C. (1988,1) The Peculiarities of Alcoholism in the North. Circumpolar Health. Proceedings of the 7th Congress of Circumpolar Health.Umea. Arctic Medical Research, 36-37.

Korolenko, C. (1988,2) Alcohol Problems in Conditions of North. Circumpolar Health. Proceedings of the 7th Congress of Circumpolar Health.Umea. Arctic Medical Research, 593-595.

Korolenko, C., Kensin, D. (2002) Reflections on the Past and Present State of Russian Psychiatry. Oxford. Anthropology and Medicine, v.9,1,51-64.

Kraepelin, E. [(1893) 1925] Dementia Praecox and Paraphrenia, Edinburgh: Livingston.

Kraepelin, E. (1896) Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig: Barth.

Lacan, J. (1953) Funktion und Feld des Sprechen und der Sprache in der Psychoanalyse. Ecrits.Paris: Editions du Seuil, 1966, 237 – 322.

Lacan, J. (1964) The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis. New York: Norton, 1978.

Lacan, J.(1968) The Language of the Self Baltimore,M.D.: John Hopkins University Press.

Laing, R. (1961) The Self and Others. London: Tavistock.

Laing, R. (1965) The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness. Baltimore: Penguin.

Laing, R. (1967) The Politics of Experience. Harmondsworth: Penguin.

Laing, R. (1969) The Politics of the Family. Toronto: CBC.

Laing, R. (1985a) Madness and Cure. Emerson, N.J.: New Concept Press.

Laing, R. (1985b) Workbooks for Psychotherapist. Emerson, N.J.: New Concept Press.

Lamb, M. (Ed.) (1976) The Role of the Father in the Child Development. New York: Wiley.

Langs, R. (1978) The Listening Process. New York: Aronson.

Langs, R. (1981) Resistances and Interventions. New York: Aronson.

Langs, R.(1982) Psychotherapy. New York: Aronson.

Langs, R.(1986) A New Model of the Mind. The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2. New York: Garden Press.

Langs,R.(1992) A Clinical Workbook for Psychotherapists. London: Karnac.

Langs, R.(1996) The Evolution of the Emotion-Processing Mind. London. Karnac Books.

Lang-Takac, E., Osterweil, Z. (1992) Separateness and Connectedness. Differences Between the Genders Sex Roles. 27, 277-289.

Lansky, M. (1992) Symptom, System and Personality in Fathers. Who Fail. Shame and Psychopathology in the Family System. Hillsdale, New York : The Analytic Press. 3 – 13.

Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1988) The Language of Psychoanalysis. London: Karnac Books.

Lash, C.(1979) The Culture of Narcissism. New York. Doubleday.

Layland, R. (1985) In Search of a Loving Father In Samuels, A. (Ed.) The Father: Contemporary Jungian Perspectives. London: Free Association Books, 191 – 203.

Lavoie, J. (1994) Identity in Adolescence: Issues of Theory. Structure and Transition. Journal of Adolescence. 17, 17-28.

Leader, D., Groves J. (2000) Introducing Lacan. Cambridge: Icon Books.

Lebovici, S. (1982) The Origins and Development of the Oedipus Complex. International Journal of Psycho- Analysis. 63, 201 – 215.

Lichtenberg, J., Lachmann, F., Fosshage, J. (1992) Self and Motivational Systems. Hillsdale, N.Y. Analytic Press.

Lidz, T., Fleck, S. (1960) Schizophrenia, Human Integration and the Role of the Family. In: Jackson, D. (Ed.) The Etiology of Schizophrenia. New York: Basic Books.

Lidz, T. (1973) The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders. New York. Basic Books.

Little, M. (1951) Countertransference and the Patient's Response to It. International Journal of Psycho-Analysis, 32, 32-40.

Little, M. (1957) "R" – The Analyst's Total Response to His Patient's Needs. International Journal of Psycho-Analysis. 38, 240-254.

Little, M. (1981) Transference Neurosis and Transference Psychosis. New York: Aronson.

Livingston-Smith,D. (1999) Understanding Patients Countertransferences. In Unconscious Communication in Practice (Sullivan, E. Ed.) Buckingham: Open University Press, 17-34.

Loewald, H. (1951) Ego and Reality In Paper on Psychoanalysis. New Haven: Yale University Press, 3 – 20.

Loewald, H. (1960) On the Therapeutic Action of Psychoanalysis. International Journal of Psycho- Analysis 41, 16-33.

Lowen, A. (1985) Narcissism. Denial of the True Self. New York: MacMillan.

Lutzky, H. (1991) The Sacred and the Maternal Object: An Application of Fairbairn's Theory of Religion. In: Psychoanalytic Reflections on Current Issues H. Siegel et oth. (Eds.) New York and London. New York University Press.

Mabry, C.H. (1993) Gender Differences in Ego Level. Psychological Reports 72,752-754.

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books.

Malinowski, B. (1929) Sexual Life of Savages in North – Western. Melanesia. London.

Mandler, G.(1984) Mind and Body. New York: Norton.

Maroda, K. (1994) The Power of Countertransference. Nortvale. New Jersey: Aronson.

Marsella, A. (1988) Cross-Cultural Research on Severe Mental Disorders: Issues and Findings. Acta Psychiatrica Scandinavia, Suppl. 78, 344, 7-22.

Matte-Blanco.I. (1975) The Unconscious of Infinite Sets. London: Duckworth.

Mc Canlley, M. (1990) The Myers-Briggs Type Indication Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 22, 161-175.

Mead, M. (1949) Male and Female. New York: Morrow.

Mead, G. (1968) Geist, Identitat und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.

Mead, G. (1969) Philosophie der Sozialitat. Frankfurt: Suhrkamp.

Meares, R., Hobson,R.(1977) The Persecutory Therapist In: British Journal of Medical Psychology. v.50, 349-359.

Meyer, A. (1906) Fundamental Conceptions of Dementia Praecox. British Medical Journal, 2, 757-759.

Meissner, W. (1978) The Paranoid Process. New York: Jason Aronson.

Meissner,W.(1984) Psychoanalysis and Religions Experience. New Haven: Yale University Press.

Menninger, K. (1938) Man Against Himself. New York: Harcourt Brace. Meyer, A. (1925) The Evolution of the Dementia Praecox in Schizophrenia. New York:Hocber.

McWilliams, N., Lependorf, S.(1990) Narcissistic Pathology of Everyday Life: The Denial of Remorse and Gratitude. Journal of Contemporary Psychoanalysis, 26,430-451.

McWilliams, N. (1990) Psychoanalytic Diagnosis. New York, London: Guilford Press.

Miller, M. (1986) Validation, Interpretation and Corrective Emotional Experience in Psychoanalytic Treatment. Contemp. Psychoanalysis, 32: 385- 410.

Miller, M., Dorpat, Th. (1998) Interactional Psychoanalytic Theory. In Current Theories of Psychoanalysis (Ed. R. Langs) Madison, Conn. International Universities Press. 1-30.

Mitchell, S. (1993) Hope and Dread in Psychoanalysis. New York: Basic Books.

Mitchell, S., Black, M.(1995) Freud and Beyond. New York: Basic Books.

Modell, A.(1984) Psychoanalysis in a New Context. New York: International Universities Press.

Mol, R (1976) Identity and the Sacred. New York: Free Press.

Mollon, P. (1993) The Fragile Self. London: Whurr.

Mollon, Ph. (2002) The Unconscious. In: On a Darkling Plain. I. Ward (ed.) Duxford. Cambridge, 33.

Musil, R. (1971) Czlowiek bez Wlasciwosci. Warszawa: PIW.

Neisser,U.(1967) Cognitive Psychology. New York:Appleton.

Neubauer, P. (1960) The One-Parent Child and His Oedipal Development. Psychoanalytic Study of the Child, 15, 286 – 309.

Nisbert,R.,Ross,L.(1980) Human Inference. Eaglewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall.

Noy, P. (1979) The Psychoanalytic Theory of Cognitive Development. The Psychoanalytic Theory of Cognitive Development. The Psychoanalytic Study of the Child. 34: 169-215. New Haven, CT: Yale University Press.

O'Kane, F. (1994) Sacred Chaos. Reflections of God's Shadow and the Dark Self. Toronto: Inner City Books.

Orr, D. (1954) Transference and Countertransference. A Historical Survey. Journal of American Psycho-Analytic Association 2: 621-670.

Otto, R. (1958) The Idea of the Holy. New York: Oxford Universities Press.

Palombo,S. (1978) Dreaming and Memory. New York: Basic Books.

Pascal, E. (1992) Jung To Live By. New York: Warner Books.

Paterson, A. (1958) The Psychopathology of Schizophrenia with Special Reference to the Concept of Alfred Adler. Journal of Individual Psychology, 14, 75-76.

Pedersen, F., Anderson, B., Kain, R. (1980) Parent – Infant and Husband – Wife Interactions Observed at Five Months. In F. Pedersen (ed.) The Father – Infant Relationship. New York: Praegor, 65 – 91.

Pennebaker, J., Colder, M., Sharp, I. (1990) Accelarating the Coping Process. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 528-537.

Pine,F.(1985) Developmental Theory and Clinical Process. New Hawen, C.T: Yale Universities Press.

Plakun, E. (Ed.), 1990. New Perspectives on Narcissism. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Price, M. (1994) Incest and the Idealised self: Adaptation to Childhood Abuse. American Journal of Psychoanalysis. 54. 21-36.

Pruett, K., Litzenberger, B. (1992) Latency Development in Children of Primary Nurturing Fathers: Eight-Year Follow-up. Psychoanalytic Study of the Child, 47, 85 – 101.

Racker, H. (1953) Lecture Delivered to the Argentine Psychoanalytic Association, September 1948 In: : International Journal of Psycho- Analysis,34.

Racker, H. (1968) Transference and Contertransference. New York: International University Press.

Rado, S., Daniels, G. (1956) (Eds.) Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine. New York: Grune a.Stratton.

Rank, O. (1924) Don Juan-Gestalt. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Rapaport, D. (1946) Diagnostic Psychological Testing. Chicago: Year Book Publishers, p.338.

Rattner, I. (1964) Was ist Schizophrenie? Zurich: Werner Claussen.

Reich, A. (1960) Further Remarks on Countertransference. International Journal of Psycho- Analysis. 32, 25-31.

Reis, H., Lin, Y., Bennet, M., Nezlek, J. (1993) Change and Consistency in Social Participation During Early Adulthood. Developmental Psychology, 29: 633-645.

Rilke, M. (1904) Letters to a Young Poet. Trans., M. Norton. Rev.Ed. New York: Norton.

Robins, L. (1966) Deviant Children Grown Up; A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore: William a. Wilkins.

Roche, H. (1990) The Addiction Process. From Enabling to Intervention. Deerfield Beach. Fla.: Communications. Inc.

Rogers, R. (1980) Psychoanalytic and Cybernetic Models of Mentation. Psychoanalytic Contemporary Thought 3:21-54.

Rosen, J. (1953) Direct Analysis. New York: Grune a. Stratton.

Rosen, J. (1979) Exhibitionism, Scopophilia and Voyeurism In J. Rosen (ed.) Sexual Deviation. Oxford University Press, 139 – 195.

Ross, J. (1974) The Children's Children: A Psychoanalytic Study of Generativity and Nurturance in Boys. Ph.D. Dissertation. New York University.

Ross, J. (1975) Paternal Identity: A Critical Review of the Literature on Nurturance in Boys and Men. Journal of American Psychoanalytic Association, 23.783-848.

Rosenfeld, H. (1965) Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach. New York: International Universities Press.

Rosenfeld, H. (1988) A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts: An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism. In Spillius, E.(ed.) Melanie Klein Today. v.1.London.Routledge.p.247.

Roth, P. (2001) The Superego. Cambridge. Icon Books, Totem Books, 39.

Rycroft,C.(1972) Critical Dictionary of Psychoanalysis. London: Penguin.

Rubin, Th.(1981)Goodbye to Death and Celebrations of Life. Event,v.2.№ 1,p.64.

Russell, B. (1940) An Inguiry into Meaning and Truth. London: Alter and Unwin.

Searles, H. (1959) The Effect to Drive the Other Person Crazy – An Element in the Aethiology and Psychotherapy of Schizophrenia. British Journal Medical Psychology, 32, 1-18.

Searles, H. (1973) Concerning Therapeutic Symbiosis Annual of Psychoanalysis. 1, 247-262.

Searles, H. (1975) The Patient as Therapist to His Analyst. In Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy. Vol.II (Ed. P. Giovacchini) New York: Aronson, 95-151.

Sechahaye, M. (1961) Introduction. In Burton, A.(Ed.) Psychotherapy of the Psychoses. New York: Basic Books.

Schaefer, Th., Bernick, N. (1965) Sensory Deprivation and its Effect in Perception. In P. Hoch, J. Zubin Psychopathology of Perception. New York: Grune and Stratton, 203-221.

Schreber, D. (1903) Memoirs of My Nervous Illness. London: Dawson, 1955.

Schneider, R. (1966) Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme.

Shaef, A. (1986) Co-Dependence. Misunderstood-Mistreated. San Francisco; Harper Row.

Shapiro, D.(1965) Psychology of Neurotic Character. New York: Basic Books.

Shapiro, D. (1965) Neurotic Styles, New York: Basic Books.

Shengold, L. (1967) The Effects of Overstimulation: Rat People. International Journal of Psycho-Analysis. 52: 277-288.

Sher, J. (1962) Mind as Participation. In: Theories of the Mind. New York: Free Press of Glencoe.

Shulman, B. (1980) Individual – Psychologische Schizophreniebehandlung. Munchen: Reinhardt.

Siegelman, M. (1974) Parental Background of Male Homosexual and Heterosexual Activities on Sexual Behavior, 13, 3 – 18.

Sigel, J. (1980) The Distancing Hypothesis: A Casual Hypothesis for the Acquisition of Representational Thought In M. Janes (ed.) Miami Symposium on the Prediction of Behavior: Effects of Early Experiences Coral Gables: University of Miami Press.

Slavin. M., Kriegman, K. (1992) The Adaptive Design of the Human Psyche. New York: Guilfofd Press.

Sluzki, C., Veron, E. (1976) Double Bind as a Universal Pathogenic Situation. In Double Bind, The Foundation of the Communicational Approach to the Family. New York: Grune and Stratton.

Smith, D.L.(1998) The Communicative Approach In Langs (Ed). Current Theories of Psychoanalysis Medison: International Universities Press., 297-324.

Smith, D.(2000) Communicative Psychotherapy Without Tears. In.: Unconscious Communication in Practice. Buckingham: Open University Press., 17-34.

Spitz, R. (1958) Psychoanalytical Study of the Child. XIII, 375-404.

Spitz, R. (1958) On the Genesis of Super-ego Components. Psa. Study of the Chield, XIII, 375-404.

Sterba, R. (1934) The Fale of the Ego in Analytic Therapy. International Journal of Psychoanalysis, 15, 117-126.

Sterba, R.(1982) Reminiscences of a Viennese Psychoanalyst. Detroit: Wayne State University Press.

Stern, D (1985) The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books.

Stern, D. (1995) The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent - Infant Psychotherapy. New York: Basic Books.

Stern, D. (1996) Dissociation and Constructivism: Contemporary on Papers by Davies and Harris. Psychoanalytic Dialogue; 6: 252-266.

Stolorow, R., Lachmann, F. (1985) Transference: The Future of an Illusion. The Annual of Psychoanalysis 12\13: 19-37. New York: International Universities Press.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E. (1992) Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life. Hillsdale, N.I.: Analytic Press.

Subby, R. (1984) Inside the Chemically Dependent Marriage: Denial a. Manipulation. In Co-Dependency: An Emerging Issue. Pompano Beach, Fla.: Health Communications, 29.

Subby, R., Friel J. (1984) Co-Dependency: Paradoxical Dependency. In Co-Dependency: An Emerging Issue. Pompano Beach, Fla.: Health Communications, 32.

Suler, J. (1980) Primary Process, Thinking and Creativity. Psychological Bulletin. 88: 144-165.

Sullivan, H. (1956) Clinical Studies in Psychiatry. Chapter in the Schizophrenic Dynamism. New York: Norton.

Sullivan, H. (1962) Schizophrenia as a Human Process. New York: Norton.

Summerfield, D.(1999) A Critique of Seven Assumptions Behind Psychological Trauma Programmes in War-Affected Areas. Social Science and Medicine. 48, 1449-1462.

Symmington, N. (1993) Emotion and Spirit. London: Karnac.

Tansey, M., Burke, W. (1989) Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy. Hillsdale. New Jersey: Analytic Press.

Targett, M., Fornagy, P. (1996) Playing with Reality II : The Development of Psychic Reality From a Theoretical Perspective International Journal of Psycho-Analysis, 77, 459 – 479.

Target, M., Fonagy, P. (2002) Fathers in Modern Psychoanalysis and in Society: The Role of the Father and Child Development In J. Trowell and A. Etchegoyen (eds.) The Importance of Fathers. London: The New Library of Psychoanalysis, P. 45 – 66.

Tauber, E. (1954) Exploring the Therapeutic Use of Countertransference Data. Psychiatry, 17, 331-336.

Tomkins, S. (1963) Affect, Imagery, Consciousness.: v.1.The Positive Affects. New York. Springer.

Triandis, H., Melusker, C., Hui, C. (1990) Multimethod Probes of Individualism and Collectivism. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1006-1020.

Waelder, R. (1960) Basic Theory of Psychoanalysis. New York. International Universities Press.

Watzlawick,P., Beavin, J., Jackson,D. (1967) Pragmatics of Human Communication. New York: Norton.

Weiss, E. (1964) Agoraphobia in the Light of Ego Psychology. New York and London: Grune and Stratton.

Weiss,J., Sampson,H.(1986) The Psychoanalytic Process. New York: Guilford Press.

Wiklund, N. (1975) The Icarus Complex, Lund: Department of Psychology.

Will, O. (1958) Process, Psychotherapy and Schizophrenia In: Barton, A. (Ed.) Psychotherapy with Psychosis. New York: Basic Books.

Will,O. (1961) Paranoid Development and the Concept of the Self. Psychotherapeutic Intervention. Psychiatry, 24 (Suppl.), 74-86.

Wilson, A., Malatesta, C. (1989) Affect and Compulsion to Repeat: Freud's Repetition Compulsion Revisited. Psychoanalysis and Contemporary Thought. 12: 265-312.

Winnicot, D. (1949) Hate in the Countertransference. International Journal of Psycho-Analysis. 30, 69-74.

Winnicot, D. (1958) Through Paediatries to Psychoanalysis. London: Hogarth.

Winnicott, D. (1958) The Capacity To Be Alone. In The Naturational Process and the Facilitating Environment. New York: International Universities Press.

Winnicot, D. (1960) Ego Distortion in Terms of True and False Self. London: Hogarth.

Winnicott, D. (1962) Ego Integration in Child Development. In The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York: International Universities Press: 56-63.

Winnicot, D. (1971) Playing and Reality. Middlesex: Penguin.

Winnicott, D. (1993) "Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites". In the Naturational Process and the Facilitating Environment. New York: International Universities Press.

Wippich, W. (1994) Intuition in the Context of Implicit Memory. Psychological Research, 56, 104-109.

Wisdom, J. (1976) The Role of the Father in the Mind of Parents in Psychoanalytic Theory and in the Life of the Infant. International Review of Psycho- Analysis, 3, 231 – 239.

Witgenstein, J.(1921) Tractus Logico-Philosophicus. London: Kegan Paul.

Witgenstein,J.(1921) Tractus Logico-Philosophicus. London: Kegan Paul.

Woolf,V.(1938) Three Guineas. New York: Harcourt.p.147.

Young, R.(2002) Oedipus Complex. In: On a Darkling Plain (J.Ward (ed.). Cambridge: Bateson, G., Jackson, D.,Haley, J., Weakland, J. (1956) Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, 1,251-264.

СОДЕРЖАНИЕ